

# ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo

**SANATÓRIO SÃO LUCAS**

Instituto de Medicina e Cirurgia

*Director: Dr. FURICO BRANCO RIBEIRO*



VOL. LXX

São Paulo, Outubro de 1955

N.º 4

## Sumário:

	Pág.
Tumores da língua — Drs. OSIRIS J. BUENO e EMÍLIO ATHIÉ, AC NYCLER R. OTERO .....	259
Diverticulitis estenosante a forma tumoral (Consideraciones sobre seis casos tratados quirúrgicamente) — Prof. Dr. ABEL N. CANÓNICO .....	269
Reconstituição parcial de dedos — Dr. VICTOR SPINA .....	275
Princípios gerais do tratamento cirúrgico do hipertireoidismo — Dr. SEBASTIÃO HERMETO JÚNIOR .....	283
Las incisiones transversas en el abdomen superior — Drs. FER- NANDO E. CATALANO y JUAN A. VIAGGIO .....	305
Un nuevo fleboextractor — Prof. JULIO DANTE BAISTROCCHI .....	311
La anestesia de accion prolongada — (su aplicación en cirugía dento-maxilar) — Dr. CARLOS ALBERTO DURRIEN .....	317

DÉCIMO SEGUNDO NÚMERO CONSAGRADO AO  
II CONGRESSO DA SECÇÃO BRASILEIRA DO  
COLÉGIO INTERNACIONAL DE CIRURGIÕES



LABORATÓRIO TORRES S. A.

# VIKASALIL

B<sub>1</sub>

EM DRÁGEAS ENTÉRICAS



Anti-Reumático — Analgésico



Associação de Salicilato de Sódio  
com Piramido



EFEITO MAIS RÁPIDO.  
QUALQUER TIPO DE DÔR.



*Fórmula:*

Salicilato de Sódio .....	0,50
Piramido .....	0,10
Vitamina K .....	0,001
Vitamina B <sub>1</sub> .....	0,006
Bicarbonato de Sódio .....	0,03



LABORATÓRIO PHARMA

*Marcello, Massara & Cia.*

Rua Tabatinguera, 164 — Fone, 33-7579 — São Paulo

## **Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia**

### **TABELA DE PREÇOS PARA ANÚNCIOS**

<b>CAPA:</b>	<b>Cr\$</b>
2. <sup>a</sup> página da capa (12 x 19 cm.) por vez .....	1.500,00
3. <sup>a</sup> página da capa (12 x 19 cm.) por vez .....	1.200,00
4. <sup>a</sup> página da capa (12 x 19 cm.) por vez .....	2.000,00
<b>TEXTO:</b>	<b>Cr\$</b>
1 página (12 x 19 cm.) por vez .....	1.500,00
½ página ( 9 x 12 cm.) por vez .....	800,00
¼ página ( 9 x 5,5 cm.) por vez .....	500,00
Encarte por vez .....	1.500,00
Página fixa..... 20% de aumento.	

### **ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS INTESTINAL PELO DERIVADO FTÁLICO DA SULFA**

## **ANASEPTIL = FTALIL**

*(Ftalil-Sulfatiazol com Vitamina K e B<sub>1</sub>)*

Absorção praticamente nula, alcançando grande  
concentração no conteúdo intestinal

**DISENTERIAS**

**COLIBACILOSES**

**ENTEROCOLITES**

**COMPANHIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA**

**VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.**

**Praça da Liberdade; 91**

**São Paulo**

## **DR. SYLVIO COSTA BOOCK**

**LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**

**RUA BRAÚLIO GOMES, 25 - 4.º Andar - TELEFONES 4-7744 e 8-5445**



*No tratamento da*

Coqueluche, tráqueo bronquite  
e tosse em geral

**Pantofedrina**

Novo específico à base de fôlhas e cascas de

**ERITHRINA CHRISTA-GALI**

(COM GLUCOSE)

**Pantofedrina**

*no tratamento da coqueluche  
preparado no*

**LABORATÓRIO PHARMA**

*introdutor da*

**Erithrina Crista-Gali**



*amostras e literatura*

**LABORATÓRIO PHARMA**

Rua Tabatinguera, 164 — Telefone 33-7579 — São Paulo, Brasil

NAS EXCITAÇÕES  
NERVOSAS



neuro-sedativo - anti-espaзмédico - anti-convulsivante

Na hiper-estabilidade reflexa - Córdio-Sedativo - Na Epilepsia (No Eretismo Córdio-Vascular, Taquicardia Paroxística, Extra-sístoles funcionais, etc.).

A base do célebre

**LEPTOLOBIUM ELEGANS**

Crataegus Oxiacanta-Bromuretos de Amônio, Sódio, Potássio, etc.

MODO DE USAR: { Adultos: 1 colher, 15 cc. 3 vezes ao dia em água açucarada.  
Crianças: a metade.

**MEDICAMENTOS ALOPÁTICOS NACIONAIS S/A.**

PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Rua Rui Barbosa, 377 - Telefone 53-9426 - São Paulo

# Vaso-dilatadores Hipotensores



**HEXANITOL**  
*baixa a pressão  
arterial*

**HEXANITOL com RUTINA**  
*baixa a pressão arterial  
e evita as hemorragias  
cerebraes e oculares*

Laboratório Sintético Ltda  
Rua Tamandaré 777 Tel-364572  
São Paulo



## NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

### D O L C S O N A

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódicas:  
*metadona e papaverina*

- Alivia a dor sem provocar narcotismo
- Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- Não afeta o coração nem a pressão arterial
- Menor depressão respiratória que os opiáceos
- É particularmente ativa nas dores provocadas, mantidas ou exaltadas por espasmos da musculatura lisa.



Ampólas - de 1cm3, em caixas  
com 5, 25 e 100  
Comprimidos - tubos com 10

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

# DOLCSONA

# Vitaminas

**PINHEIROS**

ALTA CONCENTRAÇÃO  
MELHOR ABSORÇÃO  
PERFEITA ESTABILIDADE  
SABOR DELICIOSO

## Pellets

A-VI-PEL  
D-VI-PEL  
A-D-VI-PEL  
POLI-VI-PEL  
VITSALMIN

## Emulsões

A-D-BOM  
EMULVIT



*Triunfando* através dos tempos e de  
geração em geração, como a linhagem  
dos animais puro-sangue,

*Codeína e  
Cloridrato de  
Etilmorfina*  
lideram tradicionalmente  
a terapêutica das  
*Tosses*



*Gotas*

**IBEL**

fórmula:

Cloridrato de Etilmorfina.....	0,003 g.
Codeína .....	0,004 g.
Tintura de Lobelia.....	0,1 g.
Tintura de Grindelia.....	0,1 g.
Tintura de Crataegus.....	0,1 g.
Água de Louro Cereja .....	0,2 g.

modo de usar:

**ADULTOS:** - 40 gotas em um cálice de  
água açucarada, 4 a 5 ve-  
zes ao dia, ou segundo cri-  
tério médico.

**CRIANÇAS:** - 20 gotas, a critério médico.

**MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.**

PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Rua Ruy Barbosa, 377 - Fone 55-9426 - São Paulo



# **“INTRAIT” DE CASTANHA DA INDIA**

**DAUSSE**

**. VARIZES - FLEBITES - HEMORRÓIDES**

## **DOSES DIÁRIAS**

### **FORTES**

**100 a 600 gotas**

**Crises hemorroidarias agudas  
Ulceras varicosas  
(Para serem usadas nos  
normotensos)**

### **FRACAS**

**10 a 20 gotas**

**Para  
as demais  
indicações**

# **“INTRAIT” DE VALERIANA**

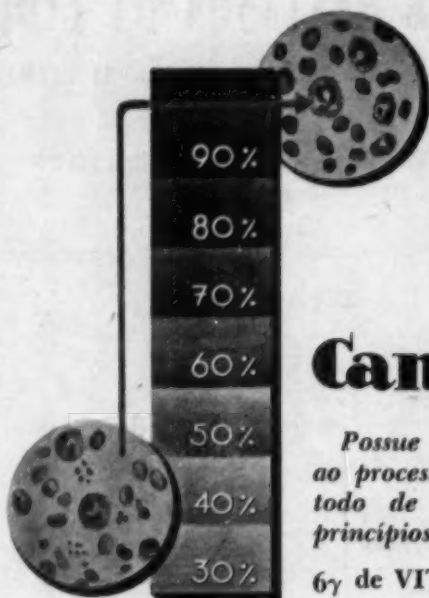
**DAUSSE**



## **SEDATIVO VEGETAL**

**2 a 3 colheres das de chá por dia.**

Fabricado no Brasil com licença especial dos Lab. Dausse — Paris - França  
pelos Laboratórios Enila S. A., Rua Riachuelo, 242 - Caixa Postal, 484 - Rio.  
Filial: Rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo



## Campolon

*Possue integralmente, graças ao processo de fabricação (Método de Gänsslen), todos os princípios do fígado, inclusive 6γ de VITAMINA B<sub>12</sub> por cm<sup>3</sup>*

que exerce uma rápida ação estimulante sobre os órgãos hematopoiéticos e sobre as células hepáticas. De ação segura na anemia perniciosa, anemias secundárias e **anemias palustres**, e além disto na asma brônquica, e intoxicação pelos raios X. Para ativação das células hepáticas antes e depois de narcoses prolongadas, nos tratamentos pelo arsênico ou pelo bismuto e em todos os casos em que a atividade hepática se encontre sobrecarregada.



A CHIMICA *«Bayer»* Ltda.

CAIXA POSTAL, 1 906 — SÃO PAULO, BRASIL



# Thiaminose

VITAMINA B<sub>1</sub>  
VITAMINA C  
SÔRO GLICOSADO

ESTADOS TOXI-INFECCIOSOS  
ULCERAS GASTRO DUODENAIAS  
AFECÇÕES HEPÁTICAS  
HIPERTENSÃO ENDOCRANEANA

APRESENTAÇÃO:

*Normal e Forte - Ampolas de 10 e 20 cm<sup>3</sup>*

**LABORATÓRIO CLÍMAX S.A.**

# Xantinon

Ampólas de 2 e 5 cm<sup>3</sup>

Mellonina  
Xantina  
Cloridrato de colina  
Fracção L de Wilson

Excipiente : -  
Fatores lipotrópicos hepáticos



*Laboratório Xavier*  
JULO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.



# ANESTÉSICOS RHODIA

PARA ANESTESIA GERAL

ÊTER RHODIA  
KELENE Geral



PARA ANESTESIA LOCAL

KELENE Local  
SCUROCAINE



ANESTÉSICO INTRAVENOSO

NESDONAL



*A marca de confiança*

## RHODIA

Caixa Postal 8095 — São Paulo, SP

*.... em cada  
refeição 2 drageas  
de Pancrepar.*

EXTRATO PANCREÁTICO  
EXTRATO HEPÁTICO  
BILE DE BOI-BOLDINA

TODOS OS FERMENTOS DIGESTIVOS

DIGESTÕES INCOMPLETAS  
DISPEPSIAS HEPATO-PANCREÁTICAS  
INSUFICIÊNCIA DOS FERMENTOS DIGESTIVOS

É UM PRODUTO DISTRIBUÍDO POR



**LABORATÓRIOS ENILA S/A.**

Rua Riachuelo, 242 - Caixa Postal, 484 - Rio de Janeiro

Filial: Rua Marquês de Itá, 202 - São Paulo



A experiência desvendou a sinergia funcional do grupo vitamínico  $\beta$ .

Reunir seus elementos racionalmente e forjar arma segura contra os estados carenciais deste complexo.



# AMPLICTIL

Largactil - 4560 RP - Clorpromazina

Apresentada em França sob o nome original de LARGACTIL, a clorpromazina é fabricada em outros países, com licença de Rhône-Poulenc-Spécia, sob as seguintes marcas registradas:

AMPLIACTIL, na Argentina

AMPLICTIL, no Brasil

HIBERNAL, na Suécia

MEGAPHEN, na Alemanha

THORAZINE, nos Estados Unidos da América



## NEUROPSIQUIATRIA

Hiperexcitabilidade

Excitação maníaca

Psicoses agudas excitomotoras

Psicoses crônicas alucinatórias ou interpretativas

Estados confusionais

Esquizofrenia

Cura pelo sono, em associação com os barbitúricos

Estados neuropáticos

Psicastenia: melancolia, ansiedade, fobias, obsessões

Neurodermites generalizadas ou localizadas

Nevralgias, simpatalgias, espasmas

Epilepsia

Coréia de Sydenham



Frasco de 30 comprimidos a 25 mg

Caixas de 5 e de 25 ampolas de 5 cm<sup>3</sup> a 25 mg,  
para injeções intramusculares profundas

Caixas de 5 e de 25 ampolas de 2 cm<sup>3</sup> a 50 mg,  
para injeções intravenosas



*A marca de confiança*

## RHODIA

Caixa Postal 8095 — São Paulo, SP

# PRONTOVERMIL

o melhor vermífugo contra  
Ascaris e Oxiurus

No tratamento das verminoses causadas por  
*Ascaris lumbricoides*, *Oxyurus vermiculares*  
e outras espécies da família dos *oxycurideos*.

★

## APRESENTAÇÃO :

Vidros com 60 cm<sup>3</sup> para pacientes até 30 quilos.

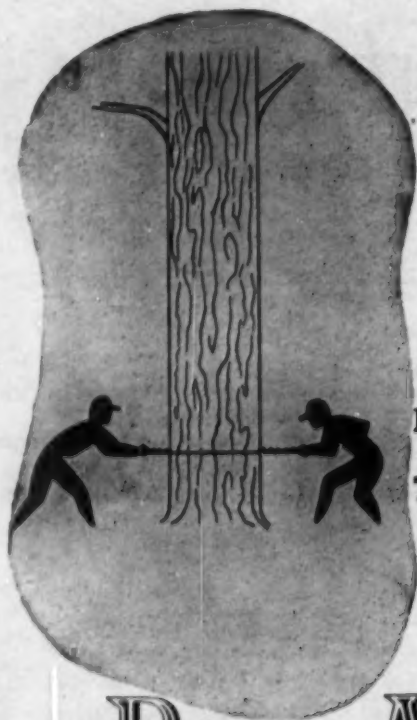
Vidros com 150 cm<sup>3</sup> para pacientes de peso  
superior a 30 quilos.

★

As doses diárias do Prontovermil estão em relação ao peso corporal  
conforme tabela mencionada na bula.

★

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A.  
Rua São Luiz, 161 - São Paulo, Brasil



**2**  
**PODEM**  
**REALIZAR**  
**MELHOR**  
**TRABALHO**  
**DO**  
**QUE**  
**1**

# Pen-Aqua

**PENICILINA AQUOSA DE DUPLA AÇÃO**

300.000 u. de Penicilina G Procaina

100.000 u. de Penicilina G Potássica

---

**400.000 u. de Pen-Aqua**

**BRISTOL**



**LABOR, S.A.**

**SANTO AMARO — S. PAULO**

# ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

**Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO**

Rua Pirapitingui 114 — Fone, 36-8181 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

Assinatura por 1 ano . . . . Cr \$ 200,00 — Número avulso . . . Cr \$ 20,00

---

**VOL. LXX**

**OUTUBRO DE 1955**

**N.º 4**

---

## Tumores da língua

Dr. OSIRIS J. BUENO e

Dr. EMÍLIO ATHIÉ

AC NYCLER R. OTERO

(São Paulo, Brasil)

Antes de entrarmos propriamente no estudo dos tumores da língua, diremos algumas palavras sobre os tumores da boca. Os tumores malignos da boca contribuem com cerca de 3 a 6% de todas as mortes por cancer. Desses, 85% dos casos verificam-se no homem, sendo a maior porcentagem depois dos 65 anos de idade, começando o aumento da incidência na parte média da vida, isto é, aos 45 anos de idade, porém há casos em pacientes com menos de 30 anos de idade. O lábio é o mais frequentemente atingido, vindo depois a língua e as bochechas. Entre os tumores da língua a maior porcentagem corresponde aos tumores malignos, conforme demonstra o trabalho de Amadeu Carvalho de Almeida. De acordo com esse autor, entre 1427 biópsias de língua realizadas no Instituto Português de Oncologia até fevereiro de 1948, encontraram-se 846 tumorações. Destas, 571 eram malignas e 275 benignas.

Entre as benignas incluíam-se 2 neurinomas, 3 lipomas, 1 linfangioma e 9 rabdomiomas. Com exceção do epitelioma da língua, localização mais ou menos frequente do cancer, os outros tumores que se podem encontrar constituem verdadeiras raridades. De todos os tumores da língua os neurinomas são os mais raros. Até o trabalho de Amadeu Carvalho de Almeida somente 6 casos tinham sido relatados na literatura. Dentre os tumores vasculares o linfangioma e o hemangioma são os mais importantes. Os hemangiomas, comumente cavernosos, atingem grandes tamanhos que podem até dificultar o movimento da língua, em alguns casos não passam de

pequenas acumulações varicosas. O método mais indicado para a sua extirpação, sobretudo nos hemangiomas que são altamente sangrentos, é a eletrocoagulação. O lipoma e o fibroma não diferem em nada dos de identica constituição porém de outras localizações. O papiloma apresenta-se sempre pediculado e exige a sua prematura extirpação devido ao perigo de sua degeneração maligna. O sarcoma, ainda que raro, pode se localizar na língua. É um tumor conjuntivo de evolução maligna, primitivo, que ataca de preferencia os indivíduos jovens. Entre as causas predisponentes citam-se a leucoplazia, a infecção bucal, arestas nos dentes ou nos trabalhos de prótese, uso do tabaco, fissuras e cicatrizes ou excesso de exposição à luz solar.

**Diagnóstico diferencial.** — Aqui temos a considerar :

Tumores benignos	{	Fibroma
		Lipoma
		Neurinoma
		Linfangioma e hemangioma
		Rabdomiomas
		Cistos hidáticos e glandulares
Tumores malignos — Sarcoma e Carcinoma		
Moléstias Específicas..	{	Sífilis
		Tuberculose
		Actinomicose

Os tumores benignos mais frequentes são os fibromas, os quais podem ser duros ou moles, segundo predomine o tecido fibroso, ou o elemento celular. Entre os tumores benignos menos frequentes podemos mencionar o osteoma, os angiomas, o lipoma, o papiloma, etc. O fibroma é um tumor de origem conjuntiva dos menos raros. Localiza-se de preferencia no dorso da língua e vizinhanças do rafe mediano nos 2/3 anteriores. Segundo uns ele é doloroso e segundo outros não é. O *lipoma* é geralmente circundado por uma cápsula conjuntiva e localizado na metade anterior do órgão, sendo mais frequente em mulheres que homens e ocorrendo entre a idade de 20 e 50 anos. Geralmente não causam dor, facilmente extirpáveis.

O *neurinoma* localiza-se com mais frequencia na metade anterior do órgão e ocorrendo mais frequentemente em homens do que mulheres. Geralmente são indolores, recoberto por uma mucosa normal e fixo. Esse tumor se origina na bainha de Schawan, sendo o mais raro dos tumores da língua. O *linfangioma*, ocorre geralmente nos bordos ou no dorso do órgão e pode ser circunscrito ou difuso. É de origem congênita, de volume variavel, consistência mole, de aspecto verrucoso e é indolor. Os *Hemangiomas*, conforme já vimos, comumente são cavernosos atingindo grandes tamanhos e chegando mesmo a impossibilitar o movimento da língua. Em outros casos não passam de simples acumulações varicosas. Os *rabdomiomas*, são geralmente arredondados, mais, ou menos circunscritos, mas sem cápsula. Tem predileção pelos bordos e dorso do



órgão e tem uma cor brilhante, mais brilhante que a mucosa circunvizinha.

Crescem rapidamente, são geralmente benignos, mas de recorrência fácil. Esses tumores ocorrem em qualquer idade, sendo mais frequentes em mulheres que homens. Podem ser congênitos e então são de tamanho maior que os adquiridos. Nos que se desenvolvem no adulto, portanto adquiridos, o trauma deve ser levado em consideração como fator etiológico. Os *cistos hídricos* da língua são extremamente raros e alcançam tamanhos consideráveis. Os *cistos glandulares* geralmente tem uma localização marginal. Os cistos congênitos são achados na base da língua na região do V lingual. Os cistos congênitos da língua além de raros são particularmente interessantes devido a dificuldade de diagnóstico e o problema da remoção completa. Os *tumores ósseos* da língua são de 2 tipos: tumores mixtos e osteoma. Os tumores mixtos contendo tecido ósseo ocorrem na margem da língua. Os osteomas ocorrem na região das papilas circunvaladas. Os osteomas são geralmente descobertos antes da 3.<sup>a</sup> década da vida, enquanto que os tumores mixtos ocorrem em grupos de maior idade. A *Sífilis* na forma de goma tem tendência a ulceração e o exame de sangue confirma o diagnóstico. Um *granuloma tuberculoso* como manifestação primária da tuberculose é extremamente rara, e quando existe há manifestações pulmonares e intestinais. A *actinomicose* da língua mostra evolução rápida e os nódulos endurecidos gradualmente tornam-se moles e fistulizam. O *sarcoma*, como já vimos é raro, porém pode se localizar na língua. É um tumor de origem conjuntiva de evolução maligna, que ataca de preferência os jovens. O *carcinoma* da língua tem evolução extremamente rápida. É uma das localizações mais frequentes do câncer sendo a incidência maior no homem do que na mulher. A sua maior incidência é na parte média da vida, o que não ocorre em relação ao sarcoma, que atinge como sabemos, os jovens. A leucoplazia representa o primeiro passo para o câncer. O câncer da língua é o mais maligno dos neoplasmas orais, e nenhum tempo deve ser perdido para o início de seu tratamento. Sharp e colaboradores acreditam que o diagnóstico precoce e o tratamento imediato de lesões pre-cancerosas preveniriam de 30 a 40% dos casos. Um bom sistema de classificação do câncer da língua é de valor para o prognóstico e seleção do tratamento. Sharp sugere a seguinte classificação:

1.<sup>o</sup> estágio, inclui crescimentos primários de menos de 1,5 cm de diâmetro. 2.<sup>o</sup> estágio, os de menos de 3 cm. 3.<sup>o</sup> estágio, crescimentos primários de qualquer tamanho mas envolvendo unilateralmente os ganglios cervicais permitindo remoção cirúrgica. 4.<sup>o</sup> estágio, crescimento primário com invasão dos tecidos vizinhos e metástases cervicais inoperáveis. A chance de cura é 4 vezes maior para uma lesão nos estágios 1 e 2 do que para uma lesão nos estágios 3 e 4. A decisão entre a cirurgia e a irradiação é determinada não somente pela natureza do tumor, mas também pela experiência do médico.

Para tumores de mais ou menos 2 cm de diâmetro, na ponta ou nos bordos da língua, a remoção intra-oral assegura uma breve convalescença ainda que deformidade e prejuízo no movimento da língua possa resultar. A remoção de 2 cm de tecido normal ao lado do tumor é absolutamente essencial. Nesses grupos de casos pelo menos 75% de cicatrização em 1.<sup>a</sup> intenção sem recorrência local, pode ser esperado. As agulhas de radium sosinhas, ou com raio X produzem os mesmos resultados que a cirurgia, e na opinião de Sharp são mais seguras. Os tumores médios que ficam incluídos entre o grupo 2 e 3 e estão limitados às margens da língua constituem um problema de irradiação, e agulhas de radium e raio X são usadas para a destruição desse grupo. O grupo 4 dos cânceres linguais que apresentam metástases para os ganglios cervicais exige ressecção em bloco de parte da língua, maxilar inferior e ganglios cervicais.

**Sintomatologia.** — Descreveremos mais a sintomatologia dos tumores malignos, pois que nos benignos a não ser os sintomas devido à presença do tumor e de seu desenvolvimento, rápido ou não, nada mais teríamos que assinalar. Assim, no câncer temos geralmente uma úlcera de aspecto crateriforme, de bordos grossos e salientes, que não se esfacela facilmente como as do lábio. Apresenta um fundo sangrante irregular e anfractuoso. As úlceras mais antigas dão lugar a um líquido muito fétido. O sintoma capital é a dor. Enquanto a úlcera está constituída, a dor permanente se exacerba ao efectuar qualquer movimento com a língua, negando-se o paciente a falar ou a comer, pois que a dor transforma esses atos em verdadeiras torturas. Essa dor pode se irradiar aos ouvidos. A fonação e deglutição vão se dificultando. A língua aos poucos vai se imobilizando, pela fixação a que leva a invasão tumoral. A saliva flue da boca, fétida, como também o hálito do paciente. A caquexia permite que a maioria sucumba antes da intoxicação cancerosa, por pneumonia nascida de aspirações de detritos alimentícios ou fragmentos tumorais.

**Diagnóstico e tratamento.** — O diagnóstico dos tumores da língua deve ser realizado com toda a precocidade se quisermos que nos seja de utilidade. Frente a um tumor de língua ou a uma úlcera não se pode perder tempo. O tratamento de prova, pensando-se em sífilis ou em úlceras crônicas, nos fazem perder um tempo precioso. Em 1.<sup>o</sup> lugar, devemos fazer a biópsia da mesma, a qual nos dará as melhores indicações. Essa biópsia deve ser feita buscando os fragmentos a estudar, nas zonas que sabemos, vão sendo invadidas pelos elementos tumorais jovens. Esse é inegavelmente o único e real procedimento que leva a diagnóstico seguro. Essa biópsia deve ser feita nos bordos e fundos da úlcera. Não se pode impunemente amputar uma língua porque todos os caracteres que a úlcera nos mostra tem uma semelhança com o câncer, isso em relação a úlcera jovem. Clinicamente pode-se fazer o diagnóstico

quando o tumor já adquiriu corpo. De tudo isso se conclue, que se não interviermos precocemente essa afecção será irremediavelmente fatal. Se uma intercorrencia não termina com o paciente o carcinoma tolera no máximo 1 ½ ano de sobrevivência. Uma vez operado, se o epitelioma é de extrema malignidade, o resultado é pouco favorável. Nos casos avançados a amputação total da língua juntamente com o esvaziamento cuidadoso da cadeia ganglionar é a operação indicada, a qual é extremamente grave. Nos casos mais precoces a extirpação do tumor, amputação do segmento, deve ser seguida igualmente do esvaziamento ganglionar sub-maxilo mentoniano e jugular em ambos os lados. Esse procedimento é de bom resultado quando feito precocemente, em parte pelo bom estado do paciente e em parte devido a pouca evolução do tumor. As intervenções seguidas de aplicação de radium, nos casos avançados, não são tão eficazes como seria a desejar. O tratamento eficaz nos casos de existir grandes hemorragias consistirá na ligadura da artéria lingual em sua origem ou bem ao nível da carótida externa. A aplicação do radio pode deter em parte a evolução do processo, e para a dor temos que acalmá-la. O epitelioma tem como sintoma inicial, além da dor, a má destreza na língua, já na deglutição ou na fala, o que faz que o paciente a morda com facilidade. Aqui o diagnóstico tem a máxima importância para a terapêutica, pois o seu reconhecimento precoce antes que os ganglios submaxilares ou carotideos apresentam seu clássico sintoma de adenopatia cancerosa, ou seja, antes que se apresentem duros, livres e móveis sob os dedos. Com respeito ao tratamento cirúrgico do câncer da língua, prevalece o critério da Escola Americana (1944) que considera que a técnica a se empregar depende, não só do grau de malignidade do tumor como também do tamanho e sua localização nos distintos segmentos de língua em que o tumor tem lugar. Desta maneira, insiste essa Escola em que os tumores pequenos, sem metástases ganglionares se beneficiarão pela excisão completa seguida da aplicação de radio intersticialmente na área operatória. Nos de maior tamanho, já ulcerados, a extirpação será seguida também da aplicação de radio. Quanto aos grandes carcinomas, sobretudo os da base da língua, dizem os Americanos que tendo em conta o alto grau de mortalidade que apresentam logo em seguida ao acto cirúrgico, este pode ser substituído pela aplicação de radio em toda a área tumoral. Nas lesões extensas, inoperáveis por caquexia ou idade avançada do paciente, o emprego do radio proporciona também, como nos casos anteriores, uma parada na evolução do tumor e com ela uma melhora sintomatológica e do estado geral do paciente. Para terminar com esta revisão dos conceitos atuais sobre o tratamento do câncer da língua, devemos recordar o seguinte:

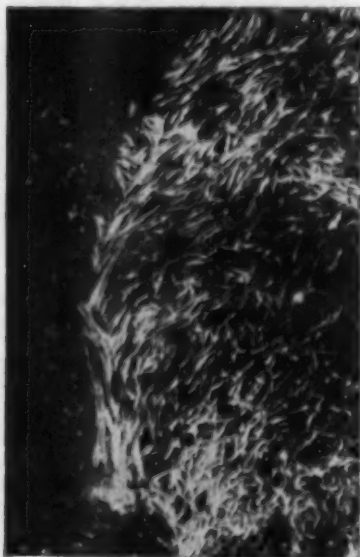
- a) O diagnóstico deve ser precoce.
- b) intervenção cirúrgica precoce.
- c) Aplicação de radio como complemento do ato operatório enquanto se reconheça invasão metastática linfática.

- d) esvaziamento ganglionar em bloco submentoniano maxilar e jugular, de acôrdo com o resultado do ganglio na biópsia.
- e) Ter presente o benefício que resulta como tratamento complementar, em alguns casos como único tratamento de eleição, a radioterapia aplicada na forma intersticial.

Uma vez vistas as generalidades sôbre os tumores da língua, sua etiopatogenia, sintomatologia, diagnóstico diferencial e tratamento, passemos ao estudo do nosso caso em particular.

### OBSERVAÇÃO

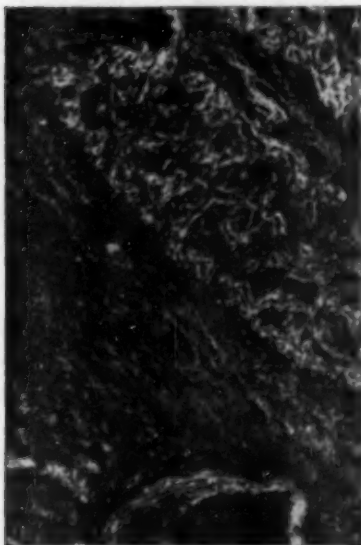
Tratava-se de um paciente com 31 anos de idade, branco, brasileiro, marceneiro, que há 2 meses tinha notado o aparecimento de uma pequena tumorção na face dorsal e bordo direito da língua, isso após um forte resfriado durante o qual teve a 'gargante inflamada e o pescoço inchado'. Essa tumorção de início pequena e indolor não o incomodava. Aos poucos essa tumorção foi aumentando de volume, continuando indolor, até atingir uns 4 ou 5 cms de diâmetro, isto quando deu entrada em nosso serviço. Quando a tumorção atingiu esse tamanho começaram a surgir perturbações na mastigação e na deglutição. A fala ficou perturbada, sendo difícil pronunciar certas palavras. Durante todo o período da doença nunca houve sangramento,



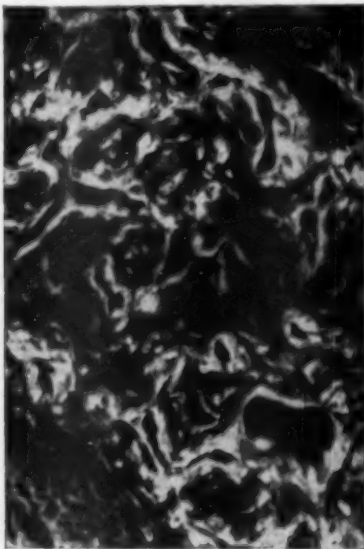
Lâmina 1 — Microfotografia com aumento médio do tecido neoplásico, verificando um estroma conjuntivo fibroso e numerosos vasos capilares neoformas.



Lâmina 2 — Microfotografia com aumento médio onde se vê o tecido neoplásico fibrovascular em meio a algumas fibras musculares estriadas do órgão tomado pela neoplasia.



Lâmina 3 — Microfotografia com grande aumento focalizando principalmente as capilares neoformadas que apresentam-se revestidas por células grandes de núcleo vesiculoso.



Lâmina 4 — Microfotografia com médio aumento focalizando a parte fibrosa da neoplasia constituída por tecido conjuntivo fibroso.

nem dor, quer local ou irradiada, nem tumoração ganglionares satélites. Referiu um emagrecimento pequeno durante os 2 meses de doença. Não referia perturbações gastro-intestinal, nem cardio-respiratórias. Referia uma "pigarra" e tosse irritativa, sem expectoração. Era fumante moderado, e não etilista. Ao exame físico geral tínhamos um paciente com sistema muscular e adiposo regularmente desenvolvido. Pressão de 120/70. Pulso 76 batimentos por minuto, ritmício. Não foram palpados ganglios cervicais ou axilares. Na região sub-maxilar direita, palpamos uma pequena tumoração (gânglio sub-maxilar). Na língua, na sua face dorsal e bordo direito, palpava-se uma tumoração de mais ou menos uns 4 a 5 cms de diâmetro, de consistência dura, indolor e de contornos nítidos. Tinha-se a impressão, talvez devido ao crescimento rápido da tumoração, que havia uma hemiparalizia esquerda da língua, mas na realidade tratava-se de um desvio para a esquerda devido a tumoração que se desenvolveu exageradamente em seu bordo direito. O paciente deu entrada em nosso serviço no dia 19-10-52 (1), foi marcada a operação para o dia 21. No dia da operação foi feito como pré-anestésico morfina um centígramo e atropina meio milígramo na veia 15 minutos antes da operação. A indução foi feita com meia grama de tionembutal + 4 c.c. de flaxedil. Foi feita a entubação endo-traquel em seguida com sonda 35 com Cuff. A manutenção foi feita com eter e ciclopropano. A entubação oro-traquel não foi necessária porque o volume da tumoração permitiu que fosse usada a endo-traqueal. Foi feita uma incisão paralela ao bordo direito da língua, em sua face inferior, abrangendo o tamanho do tumor. A hemostasia dos vasos sangrantes foi feita

(1) Dos exames de laboratório, o tempo de coagulação e sangramento eram normais, reação de Wassermann, Khan e Kline negativas, Exame de urina tipo I normal.



em seguida. Descoberto um bom plano de clivagem foi feito o descolamento da tumoração a qual se encontrava pouco fixa aos planos subjacentes.

Foi retirada uma tumoração arredondada medindo cerca de 4 cms. no seu diâmetro maior por 3,5 cms. no seu diâmetro menor, de consistência dura. Foram dados pontos de categutê após revisão da hemostasia. A peça foi enviada para exame anatomo-patológico e o resultado foi mio-hemangio-fibroma. O paciente ficou durante 6 dias no hospital tendo alta em 27-10-52. No post-operatório queixou-se de algumas dores no local da operação com caráter de queimação tendo drenado nos 2 primeiros dias pela incisão na língua, pequena quantidade de líquido sero-sanguinolento que lhe dava mau hálito. Tomou penicilina nos 3 primeiros dias de post-operatório. Quando teve alta a língua achava-se um pouco adernada.

### EXAME ANATOMOPATOLÓGICO

*Diagnóstico:* Mio-hemangio — fibroma

Neoplasia benigna mista constituída por elementos celulares bem diferenciados da linhagem conjuntiva, endotelial e muscular.

Microfotografia n.º 1 — área do tumor constituída por fibras musculares lisas bem formadas em disposição irregular. 200X

Microfotografia n.º 2 — mesmo aspecto com aumento maior — 400X.

Microfotografia n.º 3 — área do tumor constituída por tecido conjuntivo fibroso denso e grupo de células endoteliais que apresentam em seu meio numerosos capilares sanguíneos bem formados 200X.

Microfotografia n.º 4 — mesmo aspecto focalizando a porção vascular da neoplasia com aumento maior. 400X.

### BIBLIOGRAFIA

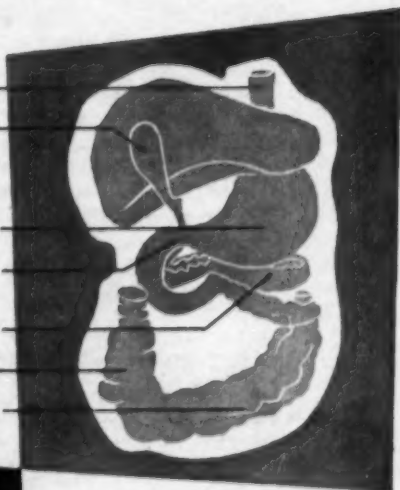
- ALMEIDA (A. C.) — *Some rare benign tumors of the tongue.* "Surgery Gynecology and obstetrics", 1949 — vol. 89 3:223.
- PIGNATELLI (G.) — *Solitary neurinoma of the tongue.* "Surg. Gynec. and obst.", 1946 — vol. 82 4:262.
- SHARP colab. — *Cancer of tongue* — The "Journal American medical Assoc.", vol. 144 — 6: pag. 497.
- BRECKENRIDGE (R. L.) and LUCKENS (R. M.) — *Osteoma of the tongue.* "Surg. Gynec. and obst.", 1951 — vol. 92, 2: 131.
- LYALL (D.), and SCHETLIN (C. F.) — *Cancer of tongue.* "Surg. Gynec. and obst.", 1952 — vol. 95, 3: 239.
- NEW (G. B.) — *Congenital Cyst of the tongue, the floor of the Mouth, the pharynx and the larynx.* "Surg., Gynec. and Obst.", 1947 — vol. 85 3: 229.
- IGARZÁBAL (J. E.) — *De los tumores de la lengua.* "Tratado de Patología Quirúrgica" — 3.ª ed., vol. 3 pag. 502.
- CARMODY (T. E.) — *Enfermedades de la boca y la lengua.* Otorrinolaringología y bronco e sefagologia — Chevalier Jackson y Chevalier L. Jackson edic. 1949 pag. 181.
- COSTA (O. G.) — *Fibroma mole da língua* — "Brasil Médico", Nov. 1943.
- ALESSANDRINI (I.) — *Tumores Benignos de la lengua.* "Rev. Médica do Chile", n.º 71 — 1943, pag. 1001.



## VANTAGENS DO LEITE EM PÓ ACIDIFICADO

# Pelargon

- Parcialmente pré digerido
- Estimula o fluxo do biliar
- Diminui o esforço do estômago reduzindo o "poder tampão" do leite, compensando a ação do fosfato de cálcio e da caseína
- Favorece o funcionamento normal do píloro
- Estimula a secreção do suco pancreático
- Favorece a absorção do cálcio
- Favorece a flora normal do intestino



- Digestão mais fácil.
- Permite administrar maior quantidade de leite sem causar distúrbios.
- Pode ser dado mais concentrado desde o início do aleitamento.
- Perfeita assimilação da gordura.
- Elevado índice de imunização.

Uma especialidade

**NESTLÉ**

# RUBICAL

## 12 VITAMINAS COM SAIS MINERAIS ANTIANÊMICOS E FATORES LIPOTRÓPICOS

O mais completo polivitamínico, remineralizante,  
antianêmico e lipotrópico

### CONTÉM:

#### 12 Vitaminas Essenciais:

A, D, B<sub>12</sub>, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub>, PP, Pant. cálcio, C, P, ácido fólico-inositol.

#### 11 Sais Minerais:

Fluor — Cálcio — Fósforo — Ferro — Cobalto — Cobre —  
Molibidênio — Iodo — Potássio — Sódio — Zinco.

#### 2 Fatores Lipotrópicos: Metionina e Inositol.

#### 1 Doador de grupos Pirrólicos: Clorofila.

#### Todos os fatores Antianêmicos:

Ferro — Cobre — Cobalto — Molibidênio — Clorofila — Ácido  
Fólico — Vitamina B<sub>12</sub>.

### CARACTERÍSTICAS

RUBICAL é um polivitamínico que abastece o organismo com as 12 vitaminas essenciais e as 11 substâncias minerais necessárias à profilaxia e ao tratamento de todas as formas de hipovitaminoses subclínicas ou ostensivas que, em geral, resistem a tratamento vitamínicos por falta de complementação com sais minerais.

RUBICAL constitui também um excelente antianêmico polivalente, visto conter ferro, cobre, cobalto, molibidênio e clorofila para a hemoglobinogênese e vitamina B<sub>12</sub> e ácido fólico para a formação do estroma eritrocitário. Contendo metionina e inositol exerce efeitos lipotrópicos hepatoprotetores.

### Rubical contém

glutamato de cálcio, estimulante intelectual e neurotônico.

### POSOLOGIA:

2 a 3 drágeas verdes e outras tantas brancas 2 a 3 vezes por dia.  
Crianças: meia dose.

### APRESENTAÇÃO:

Caixas com 1 frasco de 50 drágeas verdes e  
1 frasco com 50 drágeas brancas.

### LABORATÓRIO CORTI DO BRASIL

R. Madre Cabrini, 328 — Telefone 70-2240 — São Paulo  
RIO DE JANEIRO — PORTO ALEGRE — LONDRINA — COIÂNIA  
BELO HORIZONTE — RECIFE

## Diverticulitis estenosante a forma tumoral

(Consideraciones sobre seis casos tratados quirúrgicamente)

Prof. Dr. ABEL N. CANÓNICO

*(Director do Instituto de Medicina Experimental — Buenos Aires, Argentina)*

Hemos considerado oportuno distraer la atención de éste Congreso, sobre uno de los aspectos de las diverticulitis complicadas; nos referimos a los síndromes obstructivos crónicos del colon de esa etiología, que exigen un tratamiento quirúrgico.

Existen varias razones que mueven a destacar estos procesos:

- a) las características de su morfología patológica.
- b) Su relativa frecuencia dentro de los trastornos orgánicos estenosantes del colon.
- c) La importancia de su expresión clínica.
- d) La dificultad de establecer, en ocasiones, un distingo categórico con el cáncer del colon.
- e) La necesidad, en el mayor número de las veces, de una cirugía radical para resolver las consecuencias de éste proceso.

A) Referente a la morfología patológica debemos en primer término dejar establecido que este grupo de casos que consideramos, dentro de la clasificación que hemos propuesto de la DIVERTICULITIS, en el XXIII Congreso Argentino de Cirugía, solo comprende a las formas crónicas "con pericólo diverticulitis obstructiva".

En el esquema anatómo histológico de estas formas predominan los siguientes hechos:

- 1) Reducción del calibre intestinal
- 2) Desarrollo de una esclero lipatomatosis a nivel de los apéndices epiploicos, que engloba a la pared colónica configurando el llamado "tumor diverticular"
- 3) Hipertrofia de las capas musculares circulares
- 4) Fibrosis franca intramural que substituye a las fibras musculares

- 5) Infiltración celular plasmolinfocitaria
- 6) Obliteración de los sacos diverticulares con deformación de los mismos que aparentan "enpotrados" dentro de la masa inflamatoria.

Esta descripción precedente concuerda con la variedad fibro esclerosa de las pericolo diverticulitis. En las formas fibro supuradas se suman a las alteraciones anteriormente descriptas, los *abscesos intramurales y extramurales*.

En cuatro de nuestros casos, pudo demostrarse una Diverticulitis estenosante fibro esclerosa, y en los otros dos, la forma fibro supurada.

B) Con respecto a la frecuencia, la literatura universal publica gradualmente un número mayor de referencias acerca de ésta patología y de su tratamiento quirúrgico, y en el ya referido XXIII Congreso Argentino de Cirugía, nos ocupamos extensamente sobre éste particular; de ahí que no entremos en ésta ocasión a las citas bibliográficas. En esa oportunidad destacamos que en la estadística de nuestro país, de 228 casos de Diverticulitis complicada, habíamos reunido 52 casos de Síndromes Estenosantes, ó sea el 23%.

En nuestra serie de 21 casos de Diverticulitis complicada hemos observado 6 casos de ésta forma estenosante quirúrgica, ó sea aproximadamente el 28%. Esto demuestra la importancia que debe asignarsele a éste tópic.

C) Con respecto a la expresión clínica de éste proceso, sobresale una etapa de su obstrucción crónica intestinal, que conduce a dos caminos:

- 1) a la estenosis gradualmente en progreso;
- 2) a la forma abscedada, con eventual curso hacia la perforación ó fistulización.

De los 6 casos que presentamos, en 4 de ellos ocurrió la evolución estenosante pura y en otros 2, la forma abscedada y la forma perforada, respectivamente.

Los síntomas más comunes dominantes en el transcurso de éstos procesos son: (I) la dificultad a la evacuación intestinal; (II) los dolores cólicos esporádicos ó periodicos; (III) la tendencia al meteorismo.

En ocasiones se sobre agregan episodios de tipo obstructivo agudo, asociados a un hilius paralítico, como en el caso n.º, que por lo general ceden al tratamiento médico.

Entre los factores que intervienen en la determinación del mecanismo obstructivo deben señalarse: 1) la reducción de la luz intestinal por el proceso inflamatorio de la pared colónica; 2) el entero espasmo satélite; 3) la torción y acodadura del colon por adherencias y mesenteritis retractsil.

D) Referente a la dificultad para el diagnóstico diferencial con los tumores malignos del colon, en efecto en algunos casos, la impresión clínica y radiológica no permite un distingio preciso, y debe procederse a una terapéutica sin poder dilucidar este interrogante. Es bien sabido, y esto lo hemos corroborado personalmente, que en las formas "de tumores diverticulares" ni aún con la exploración manual y visual operatoria, se puede establecer un diagnóstico decisivo. Consideramos que debe practicarse siempre la biopsia "por congelación", cuando puede retirarse material del tumor ó de las adenopatías satélites; es un recurso que puede ser de mucha utilidad. Otras veces solamente la histología de la pieza extirpada puede dar el informe definitivo.

En 2 de nuestros casos fué muy evidente la confusión, por su aspecto tumoral, com un blastoma maligno del colon. En 1 de ellos fué aclarado el diagnóstico por la histología de la pieza extirpada, y en el otro por la evolución post operatoria de la paciente.

Por eso siempre aconsejamos en los casos dudosos, no excederse en el tratamiento hasta no obtener el máximo de verificación de la naturaleza del proceso.

E) Muchos de estos enfermos con diverticulitis estenosantes, necesitan de un tratamiento intervencionista para remediar su situación.

En síntesis, las razones que dirigen ésta conducta, son las siguientes:

- 1) Su carácter orgánico irreductible.
- 2) Las severas complicaciones a que pueden conducir, sean en el órden de la obstrucción completa aguda, del absceso paracólico ó de la perforación libre ó en forma de fistula con órganos vecinos.
- 3) Su difícil diferencia con los tumores malignos.

Ya hemos mencionado que muchos de los episodios sobre agregados de obstrucción sub-aguda ó aguda, en éstos enfermos, pueden ceder con los anti espasmódicos y los antibioticos, pero son casi siempre remisiones temporarias, de ahí que no puede augurarse un buen pronóstico alejado.

Hoy se tiende a hacer más intervencionista en estas formas de Diverticulitis y periculo diverticulitis crónicas estenosantes segmentarias.

Con respecto al tratamiento quirúrgico las distintas tácticas más comunemente empleadas pueden ordenarse en la siguiente descripción:

- 1) Colostomias simples definitivas.
- 2) Colostomias temporarias, con cierre ulterior de la misma sin resección del segmento colónico afectado.

- 3) Colostomia preliminar y resección colónica secundaria.
- 4) Resección colónica y colostomia suplementaria en el mismo acto operatorio.
- 5) Resección colónica en un tiempo, sin colostomia.
- 6) Resección colónica extra peritoneal a la manera de Miculikz-Rankin.
- 7) Resección y colostomia izquierda a la manera de Hartman.

El tratamiento quirúrgico de elección, se orienta desde luego a la resección del sector intestinal comprometido, como se efectuó en 5 de nuestros casos. No obstante, si por razones del estado general del paciente ó por la existencia de un gran bloque adherencial, puede significar un gran riesgo ese procedimiento, la simple colostomia de descarga, debe adoptarse como un tratamiento de necesidad. Así ocurrió con el caso que se interpretó como un tumor maligno y en el cual dado la edad avanzada de la enferma (77 años) además de la franca masa adherencial del tumor diverticular con el intestino delgado, se optó por una colostomia izquierda definitiva, que produjo un enorme beneficio a la enferma hasta la actualidad, 3 años después de operada.

En 4 de nuestros casos se efectuaron colostomias decompresivas previas; en 2 de ellos por el carácter agudo de la complicación; en los otros dos por el síndrome obstructivo.

En otro enfermo se realizó la resección primaria sin colostomia, en virtud de poder practicarse una buena movilización del colon y no existian adherencias que dificultaran esa técnica.

En todos los casos de resección hemos efectuado la anastomosis primaria termino-terminal.

El empleo de la colostomia previa en ésta cirugía, tiene una formal indicación, porque además de combatir la obstrucción asegurar un reposo adecuado al colon enfermo, lo cual beneficia grandemente las condiciones locales del intestino para la resección secundaria. Comparativamente con los casos de tumores malignos, la necesidad del empleo de la colostomia previa, es más frecuente en los casos de Diverticulitis estenosante.

Es muy útil en estas operaciones el reparo de los ureteres, por medio del caterismo, porque la infiltración y retracción del mesocolon puede hacer muy difícil su identificación.

Los resultados obtenidos en nuestra serie han sido altamente satisfactorios, en los 4 casos de resección segmentaria no ha habido nuevos inconvenientes en la esfera intestinal, después de 2 a 6 años de la operación. En el caso de la colostomia simple sin resección, el resultado es muy bueno a los tres años de operado. El otro caso de resección segmentaria es muy reciente para emitir un juicio definitivo.



En el cuadro adjunto se hallan expuestas las historias clínicas resumidas de los 6 casos tratados.

Hay que vigilar muy cuidadosamente a estos enfermos el régimen higiénico dietético en el post operatorio.

### CONCLUSIONES

1. La Diverticulitis crónica estenosante representa en la actualidad una entidad clínica radiológica, que por su frecuencia y sus complicaciones debe ser destacada dentro de la patología quirúrgica del colon.
2. El tratamiento quirúrgico de esta afección tiene una razón definida en el presente y sus resultados hablan en favor de esa conducta.
3. Los comentarios que surgen de los 6 casos que presentamos en esta comunicación, sirven de sostén a los conceptos precedentes.

## PHILERGON - Fortifica de fato

Uma colherada às refeições

## CLORETO DE AMÔNIO TERÁPICA

APRESENTAÇÃO E FÓRMULA: drágeas entéricas rigorosamente dosadas a 0,50 por drágea.

### INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:

- a) nas afecções cárdio-musculares: pela ação diurética reforça a ação dos sais mercuriais e contribue para a diminuição de edemas e derrames.
- b) nas afecções renais e urinárias: sendo acidificante da urina é poderoso auxiliar no tratamento das pielites e na dissolução de cálculos urinários constituídos de sais alcalinos.
- c) nas afecções brônquicas: como expectorante de ação enérgica.
- d) nas afecções do sistema nervoso: como adjuvante no tratamento pelos anticonvulsivantes e no síndrome de Meniere.

DOSAGEM: 6 a 12 drágeas por dia.

★

LABORATÓRIO

TERÁPICA PAULISTA S/A.

Rua Fernão Dias, 82 — São Paulo, Brasil





*Vitamina D2 (Calciferol)*

*Colesterina — Gomenol*

*Cânfora — Mentol*

Caixas com 10 e 30 ampolas  
de 2 cm<sup>3</sup>

Uso intramuscular.

DOENÇAS BRONCO-PULMONARES

BRONquite - GRIPE - BRONQUIECTASIA

ESTADOS INFECCIOSOS - CONVALESCENÇAS

**LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO - ROUSSEL S. A.**

**RIO DE JANEIRO**

AZO P-1

SÃO PAULO — Rua Bitencourt Rodrigues, 180

Caixa Postal 439

## Reconstituição parcial de dedos

Dr. VICTOR SPINA

*(Chefe da Disciplina de Cirurgia Plástica e Queimaduras do Hospital das Clínicas  
— São Paulo)*

E' fora de dúvida que nas lesões da mão o principal propósito de tratamento é preservar e restaurar suas funções: mímica, apreensão e exploração dos objetos. Existe, entretanto, entre a enorme variedade de deformidades congênicas e adquiridas daquele órgão algumas cuja importância estética adquire tanto valor quanto a funcional. Assim, por exemplo, a falta de um ou mais dedos assume, muitas vezes, um clima muito favorável para uma reconstituição sob finalidade unicamente estética.

O certo, porém, é que este exclusivismo é falso; o problema funcional está implícito se lembramos a posição adequada que deve ser dada aos dedos reconstituídos cirurgicamente ou substituídos por prótese, baseada na própria posição de função da mão: dedos em ligeira flexão. Acresce, também, que essa posição fisiológica dissimula, até certo ponto, a presença da prótese ou da reparação cirúrgica.

De um modo geral, a mutilação de qualquer órgão, sobretudo quando esta é visível, desagrada a quem quer que seja. Tanto é verdade que em inúmeros casos de ausência parcial ou total de dedos, onde o problema funcional é sempre focalizado com especial interesse pelo cirurgião observa-se, com frequência, que o portador do defeito espera uma recuperação estética e funcional.

Infelizmente, a conduta do cirurgião, não raras vezes, é contrastante com os desígnios do doente. Em benefício da função é obrigado, frequentemente, a remover restos de dedos sem valor funcional ou transferir outros de sua posição natural afim de conseguir aquilo que realmente é de maior valor para a mão: a pinça.

Analisando o caso particular da ausência de determinados dedos da mão devemos convir que a questão resume-se, quase que exclusivamente, à cosmética; ao exame, a mão deformada está funcionalmente satisfatória, logo a eliminação do defeito é solicitada visando uma melhor aparência. Nestas eventualidades as razões devem ser ponderadas; justifica-se tal diretriz quando a boa apresentação do indivíduo faz parte integrante da sua vida profissional. Os casos citados por ISELIN (1945), exemplificam muito bem este aspecto da questão, se bem que não tenham sido relatados sob ponto



FIG. 1-A — Aspecto da deformidade do polegar, anterior à operação.

FIG. 1-B — Migração do pedículo caudal para o coto do polegar.

FIG. 1-C — Resultados final após o enxerto ósseo e renjuntamento dos tecidos moles.

de vista semelhante ao nosso. Relata ISELIN que foi procurado, certa vez, por uma atriz de cinema que perdera a última falange de um dos dedos. Cremos ser desnecessário acentuar o que representava para a doente a reconstituição satisfatória, dessa porção perdida.

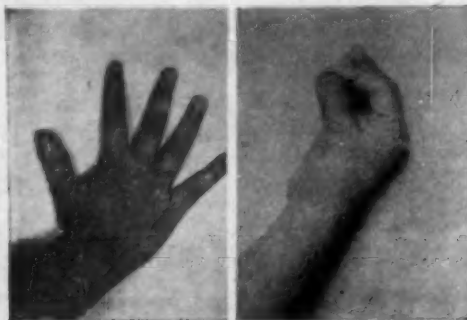


FIG. 1-D — Execução do movimento da placa.

FIG. 1 — E

O segundo caso relatado pelo mesmo autor refere-se, também, a um artista de cinema norte americano ao qual lhe faltam três dedos. Usa uma prótese tão bem feita que somente quem não ignora o fato poderá aperceber-se da presença da mesma.

Em ambos os casos citados cremos que a eliminação ou a dissimulação do defeito reveste-se de grande importância, tendo-se em vista o desempenho de suas atividades profissionais.

Acresce, ainda, que nos deformados em geral, somam-se distúrbios psíquicos causados pela própria inferioridade física, fato a considerar na conduta a ser tomada.

O objetivo d'este trabalho é, justamente, apresentar três casos de perdas parciais de dedos, cujo tratamento cirúrgico, ao eliminar-se o defeito, neutralizou a depressão moral e o estado de neurose em que se encontravam êsses indivíduos e seus familiares.

**Caso I** — Amputação traumática, por acidente de trabalho, do polegar da mão direita (Fig. 1-A). Este caso torna-se de maior interesse pelo efeito colateral que o defeito desencadeou.

O doente, jovem de 15 anos, estava absolutamente conformado com a situação. Foi trazido à consulta por sua mãe a qual acentuou a necessidade da reconstituição do dedo perdido, em virtude da grave repercussão psíquica que o defeito desencadeara sobre seu marido. Relata que êste último, ao ver o filho com a falta do polegar, foi acometido de intensa crise nervosa. Esta foi se agravando de tal modo, que evoluiu para uma verdadeira neurose que se caracterizava pela fuga, alegando que não podia ver seu filho mutilado. Foi levado a um especialista de moléstias mentais e êste aconselhou, como medida benéfica para a cura, a reconstituição do dedo amputado do filho. Na realidade, a situação do progenitor apresentou melhoras sensíveis após a reparação do polegar.

A operação obedeceu ao seguinte plano cirúrgico: *Primeiro estágio*: confecção de um tubo cutâneo no quadrante inferior esquerdo do abdomen.

*Segundo estágio* (depois de quatro semanas): migração do pedículo inferior do tubo de pele para o côto do polegar (Fig. 1-a).

*Terceiro estágio*: secção do pedículo abdominal (após 4 semanas).

*Quarto estágio*: decorrido dois meses o tubo foi aberto por uma incisão longitudinal sobre a primitiva cicatriz da confecção do retalho tubular, e introduziu-se um enxerto ósseo, retirado da crista da tibia da perna direita, sendo que uma das extremidades do enxerto foi introduzido no canal medular do côto ósseo (Fig. 1-c).

*Quinto estágio*: reajustamento das partes moles para melhorar a forma do dedo.

As figuras 1-b e 1-e, mostram o resultado final.



FIG. 2-A — Migração da extremidade caudal do tubo para o côto do dedo médio.



FIG. 2-B — Aspecto após a secção do pedículo cranial do retalho tubular.



FIG. 2-C — Aspecto radiográfico anterior à operação.

**Caso 2** — Jovem de vinte e cinco anos apresenta-se com ausência parcial do dedo médio da mão direita, ao nível da articulação interfalangeana proximal, por acidente de trabalho. Desejosa de seguir a carreira artística de rádio e televisão, reconhecia que seu defeito era um grande obstáculo a esse propósito. Submeteu-se ao plano de reparação que compreendeu os seguintes estágios operatórios:

*Primeiro*: confecção de um retalho tubular de dimensões superiores ao comprimento desejado.

*Segundo*: migração do pedículo inferior do tubo para o coto do dedo amputado (Fig. 2-A).

*Terceiro*: secção do pedículo superior (Fig. 2-B). A figura 2-C, mostra o aspecto radiográfico antes do transplante ósseo.

*Quarto*: enxerto ósseo, o qual foi retirado da crista ilíaca. A figura 2-D, mostra o enxerto ósseo após dois meses da operação, em fase de integração. Observar a curvatura dada ao enxerto, para proporcionar ao neo dedo a posição de função.

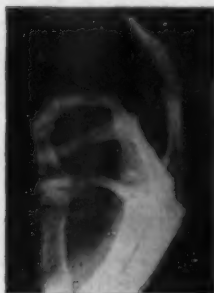


FIG. 2-D — Aspecto radiográfico após o enxerto ósseo.



FIG. 2-E — Resultado final mostrando o leito da unha confeccionada.



FIG. 2-F — Resultado final com a unha colada ao leito. Observar na face dorsal do dedo as secções transversas superficiais, para simular as pregas naturais do dedo.

*Quinto*: reajustamento das partes moles, para dar forma adequada ao segmento reparado.

*Sexto*: confecção de um novo leito para a implantação de uma unha artificial; removeu-se da região correspondente uma porção de pele de forma e dimensões semelhantes ao leito da unha do dedo da mão oposta, normal. Descolamento de toda a margem da ferida até mais ou menos dois milímetros lateralmente e três a quatro milímetros na sua curvatura distal. Introdução da unha artificial no seu novo leito previamente revestida na sua face inferior e nas suas bordas laterais por um enxerto de pele de espessura bem delgada, cuja face cruenta ficou voltada para o novo leito e suas bordas ficaram sepultadas nas margens descoladas anteriormente.

As figuras 2-E e 2-F, mostram o dedo reconstituído com e sem a unha colocada no seu sítio.

**Caso 3** — Doente do sexo feminino, com 28 anos de idade, apresentando perda da extremidade distal do polegar da mão esquerda por trauma. A paciente desde que sofreu o acidente, verificado há mais de dez anos, procurava esconder o defeito, colocando o polegar fletido para a palma da mão.



FIG. 3-A — Aspecto do polegar antes da operação.



FIG. 3-B — Passagem do pedículo cranial do tubo para extremidade do polegar.

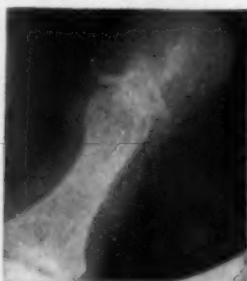


FIG. 3-C — Radiografia mostrando o enxerto em fase de integração.

Ao exame verificava-se certa atrofia do polegar, por falta de função e a unha fazia forte curvatura para a face palmar, recobrimdo completamente a polpa, o que dava uma impressão estética muito desagradável (figura 3-A).

### PLANO CIRÚRGICO

*Primeiro estágio:* confecção de um retalho tubular no lado esquerdo do abdome inferior.

*Segundo estágio:* secção e migração do pedículo inferior para o côto do polegar, fazendo-se, no mesmo ato operatório, a extração da unha de situação anormal (Fig. 3-B).

*Terceiro estágio:* secção do pedículo abdominal do tubo.

*Quarto estágio:* enxerto ósseo, retirado da tibia da perna direita. (A figura 3-C, mostra o aspecto radiográfico do enxerto ósseo em fase de integração).



FIG. 3-D — Resultado final visto pela face dorsal.



FIG. 3-E — Resultado final visto face palmar.

*Quinto estágio: reajustamento das partes moles para a obtenção de uma forma mais próxima do normal.*

As figuras 3-d e 3-e, mostram o resultado conseguido.

### RESUMO

O autor apresenta três casos de reconstituição parcial de dedos. O plano operatório consistiu em reconstituir os tecidos moles a custa de retalho tubular e o esqueleto com enxerto autógeno de osso.

O objetivo estético foi o propósito principal da reparação dos defeitos assinalados.

## Sanatório São Lucas

*Instituição para o progresso da cirurgia*

**Diretor: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO**

Rua Pirapitingui, 114 — Tel. 36-8181 — SÃO PAULO



**Vulcase**  
ENXOFRE ASSIMILÁVEL • SAIS BILIARES

AFECCÕES HÉPATO-VESICULARES  
PRISÃO DE VENTRE  
DERMATOSES

DRÁGEAS LAXATIVAS E COLAGÔGAS: 1 a 4 POR DIA

LABORATORIOS ENILA S. A. RUA RIACHUELO, 242 - C. POSTAL, 484 - RIO

FILIAL: - RUA MARQUEZ DE ITU, 202 - SÃO PAULO



# CONSTELAÇÃO B BAPTISTA

Quando não estão presentes, em quantidades ótimas, todos os componentes do Complexo B, é impossível assegurar a nutrição normal, mormente para os organismos que reclamam em suas dietas o equilíbrio dos fatores vitamínicos B.

Nesse ponto é que intervém a terapêutica, aumentando a taxa dos fatores carenciais do Complexo B e promovendo o seu reequilíbrio.

## CONSTELAÇÃO BAPTISTA

preenche esses requisitos, subministrando em doses apropriadas o Complexo B natural, enriquecido com vitaminas sintéticas desse mesmo Complexo, além de extrato de fígado e sais minerais.

FÓRMULA	DRÁGEA	LÍQUIDO	INJETÁVEL
Complexo B Total Nat.....	100mg	2cm <sup>3</sup>	X - X
Vitamina B 1 (Tiamina).....	4mg	4mg	5mg
Vitamina B 2 (Riboflavina)....	1mg	1mg	1mg
Vitamina B 6 (Piridoxina)....	1,5mcg	1,5mcg	5mcg
Vitamina PP (Nicotinamida)...	10mg	10mg	50mg
Vitamina H (Biotina).....	0,1mcg	0,1mcg	0,1mcg
Extrato de Fígado.....	150mg	(1:10) 7cm <sup>3</sup>	(1:10) 1cm <sup>3</sup>
Cloreto de Cobalto.....	10mg	10mg	10mg
Sulfato de Manganês.....	10mg	10mg	10mg
Veículo q. s. p.....	1 drágea	1c. sobremesa	2cm <sup>3</sup>

## INDICAÇÕES

No tratamento dos estados carenciais, *beribéri*, pelagra, *arriboflavinose*, perturbação da função gastrointestinal, como anorexia e prisão de ventre. Profilaxia dos distúrbios nutritivos dos períodos de prenhez e lactação. Distúrbios da menstruação, alergias, sensibilidade às infecções e intoxicações. Estimulante do crescimento das crianças.

## POSOLOGIA E APRESENTAÇÃO

Líquido — Vidro com 150 cm<sup>3</sup>

Crianças: 2 a 4 colheres das de chá ao dia.

Adultos: 2 a 4 colheres das de sobremesa ao dia.

DRÁGEAS — Vidro com 30 drágeas

Crianças: 2 a 4 drágeas ao dia.

Adultos: 4 a 6 drágeas ao dia.

INJETÁVEL — Caixa com 6 ampôlas de 2 cm<sup>3</sup>.

Crianças: 1 ampôla em dias alternados.

Adultos: 1 ampôla diária.

★

**LABORATÓRIOS BALDASSARRI S/A.**

R. Maria Paula, 136 - Tels. 32-1294 e 33-4263 - Cx. Postal, 847 - S. Paulo

# Neo-Insular



**com uma só injeção  
- 24 horas de proteção**

**NEO-INSULAR** - Insulina N P H  
Armour - mantém o paciente agli-  
cosúrico durante **EXATAMENTE 24**  
horas. 1 injeção de manhã em jejum.

**Apresentação:** Frascos de 10 cm<sup>3</sup>  
em duas concentrações: 40 e 80  
unidades por cm<sup>3</sup>.



**Fabricantes e Distribuidores exclusivos para o Brasil:**

**Indústrias Farmacéuticas**

**Fontoura-Wyeth S.A.**



**"Tradição e qualidade a serviço da prática médica"**

**mediante especial autorização de**

**ARMOUR LABORATORIES - Chicago**



**Os maiores fabricantes de produtos biológicos do mundo.**

## Princípios gerais do tratamento cirúrgico do hipertireoidismo

Dr. SEBASTIÃO HERMETO JÚNIOR

(*Docente liere de clínica cirúrgica, e técnica cirúrgica e cir. esp. da Fac. de Med. da Universidade de São Paulo. Chefe de clínica substituto do Hospital da Santa Casa*)

Em 1943 se iniciou uma nova era no tratamento do hipertireoidismo, com o advento das chamadas drogas antitireotóxicas, exaustivamente e persistentemente estudadas por Astwood e colaboradores (3 a 6, e 48). O tiouracil e os seus derivados, dos quais o mais utilizados é o propiltiouracil — pareciam medicamentos capazes de resolver a cura das síndromes de hipertireoidismo, conforme demonstrava o entusiasmo exposto na literatura (6).

Com a divulgação do tratamento pelo iódoradioativo, exigindo uma apurada dosagem e determinação de sua distribuição na glândula, apareceu outra grande esperança na resolução clínica dos hipertireoidismos, como se verifica em trabalhos recentes (48).

A experiência clínica, no entanto, tem demonstrado que tanto as substâncias antitireotóxicas como o iódoradioativo não resolveram o problema da *cura radical* das síndromes de hipertireoidismo, embora representem, especialmente os derivados do tiouracil, meios apreciáveis de combater temporariamente a tireotoxicose. Uma série de novas drogas estão sendo ensaiadas: 1-methyl-2-mercaptoimidazol, 1-ethyl-2-2mercaptoimidazol, tapazol, sodium 5-iodo-2-thiouracil (48).

Apesar destas novas substâncias jamais o iodo foi abandonado, mesmo nas clínicas americanas entusiasmadas com os novos antitireotóxicos. A utilização recente do iódotiouracil (48) vem realizar um ideal no domínio do tratamento clínico e pré-operatório do hipertireoidismo, obter os efeitos rápidos antitireotóxicos do tiouracil sem àquela considerável vascularização e friabilidade do tecido tireoideo, tão incomodas para o cirurgião no ato operatório. Clinicamente os hipertireoidismos da puberdade, ou aqueles do climatério feminino, geralmente são apreciavelmente influenciados pelos antitireotóxicos associados ao iodo, e ao tratamento hormonal no caso do climatério feminino. Aliás, na nossa experiência, as soluções habituais de iodo, como as soluções clássicas de Lugol, são suficientes para resolver àquelas formas frustadas dos hipertireoidismo da puber-

dade. Evidentemente não computamos os casos de adenomas de tipo fetal (23-26) atingindo os adolescentes, que indicam formalmente uma lobectomia total do lobo atingido.

Não há duvida que até o presente momento o tratamento ideal das diversas formas anátomo-clínicas do hipertireoidismo seja o cirúrgico. Seja a doença de Basedow ou os diversos tipos de bócios basedoficados (ou tóxicos na nomenclatura americana) a tireoidectomia sub-total ampla é o meio ideal de tratamento — porquanto resseca a totalidade da hiperplasia tireoideia, seja de tipo parenquimatosa ou colóide. Todo o patologista ou cirurgião que meditar sobre as diversas formas de hiperplasias tireoideas, e as possíveis basedoficações, e alterações regressivas diversas — sem contar a possibilidade do aparecimento do câncer, chegará à conclusão da dificuldade ou impossibilidade de uma cura pelos meios clínicos conhecidos até o momento, enquanto as ressecções amplas libertarão o doente da hiperplasia tireoideia, dos processos regressivos e da possível cancerização (especialmente bócios nodulares).

Nossas peças operatórias foram estudadas sob o critério anátomo-patológico de Wegelin (43), e chegamos com o tempo a utilizar ressecções tireoideas amplas (24-25), e mesmo as tireoidectomias totais (25) nos indivíduos acima de 23 anos de idade. O melhor conhecimento da anatomia cirúrgica da região tireoideia, e os progressos da anestesia endotraqueal, permitiram uma apreciável utilização das ressecções amplas. Evidentemente o melhor estudo dos doentes, os meios apurados de diagnóstico (31-36-41), e principalmente um meticuloso pré-operatório, pacientemente conduzido, sem as pressas de uma indicação operatória — conduzem os resultados cirúrgicos a grande porcentagem de curas radicais, sendo hoje cada vez mais raras as recidivas do hipertireoidismo após as ressecções amplas. Os problemas ligados ao tratamento cirúrgico do hipertireoidismo tem sido longamente tratado na literatura moderna, e em alguns congressos de cirurgia (2.º Congresso Inter-Americano de Cirurgia, em Buenos Aires, 1943 — e no III Congresso da Associação Paulista de Medicina, São Paulo, 1951). A literatura anterior a 1938 se encontra em nosso trabalho sobre as lobectomias tireoideas (14-1938), enquanto trabalhos básicos posteriores foram estudados e referidos em nossos ensaios sobre as tireoidectomias sub-totais (15-17-20-21-24-25).

Os problemas fundamentais relativos ao tratamento cirúrgico do hipertireoidismo são os seguintes:

- a) indicações operatórias;
- b) pré-operatórios e anestesia;
- c) técnica e tática das tireoidectomias amplas;
- d) tratamento post-operatório.

E' nossa preocupação neste ensaio uma exposição dos principios gerais, sancionada pela nossa experiência pessoal, a propósito

daquelas questões básicas. A nossa experiência compreende a obtida no serviço hospitalar e na clínica civil, bem como o estudo das peças operatórias, que consideramos decisiva na orientação geral da técnica e tática das ressecções tireóideas. Os conceitos emitidos representam aquilo que temos deduzido das observações clínicas pessoais, e a orientação pessoal que seguimos em nosso serviço hospitalar e civil.

**A) Indicações operatórias.** — É de apreciável importância o conhecimento preciso das indicações operatórias no tratamento cirúrgico do hipertireoidismo. Poderia parecer sob um critério simplista que todas as formas anátomo-clínicas de hipertireoidismo devem ser do domínio cirúrgico — e, portanto, justificar a indicação operatória. A prática clínica, no entanto, demonstra que tal conduta não é exata, e indispensável se torna a individualização das formas de hipertireoidismo que devem ser do domínio cirúrgico.

A clínica nos demonstrou que duas grandes variedades de hipertireoidismo são frequentes: as encontradas na doença de Basedow, e as observadas nos chamados adenomas basedofícos (tóxicos da nomenclatura americana). Desejamos desde logo salientar que entre nós, no Brasil — pelo menos na minha experiência clínica — o hipertireoidismo na criança e no adolescente são raríssimos. Observamos, no entanto, principalmente na puberdade os adenomas fetais, pouco estudados entre nós, e que requerem uma atenção especial (23 e 26). As formas dos hipertireoidismos do Basedow e das diversas variedades de adenomas basedofícos (adenomas tóxicos dos americanos) justificam a indicação formal operatória — pois, como já referimos em trabalho anterior (20), é impossível conseguirmos uma remissão permanente da hiperplasia tireóidea à custa das medicações tireotóxicas em uso (derivados do tiouracil). Junta-se, ainda, o apreciável aumento da glândula na maioria dos bócios basedofícos, chegando mesmo a tamanhos consideráveis (figs. 5 e 6), com os consequentes fenômenos de compressão traqueal. Além do mais, não devemos esquecer os processos regressivos dos adenomas, como a fibrose, hialinização, amiloidose, degeneração gordurosa, calcificação, ossificação, e raramente a transformação mucosa. A este grupo de processos podemos juntar as modificações vasculares nos bócios, que conduzem principalmente à formação da "hialina borracha" (fig. 7), e representam uma causa frequente da formação dos cistos tireóideos. Acharmos que a descrição dos processos regressivos é magistral no estudo de Wegelin (43) — e corresponde à realidade encontrada nas peças operatórias (figs. 4 e 7).

A possibilidade do desenvolvimento do câncer nos bócios nodulares, sejam basedofícos ou não — impõe uma indicação operatória formal. Um processo digno de interesse, atingindo os indivíduos de ambos os sexos na puberdade — o adenoma fetal, requer indicação operatória formal (23 e 26), embora geralmente não se acompanhe de hipertireoidismo, representado, no entanto, uma condição anatômica que poderá ser sede de basedificação. Não esque-

çamos que aqueles adenomas fetais também podem ser encontrados em qualquer idade (23 e 26).

Não consideramos, aqui, neste ensaio, particularizadamente as formas de cardiotireotoxicose — porquanto geralmente se associam a certas variedades anômicas dos adenomas basedoficados, impondo a indicação operatória. Querem alguns autores, como Hertzler (*in*

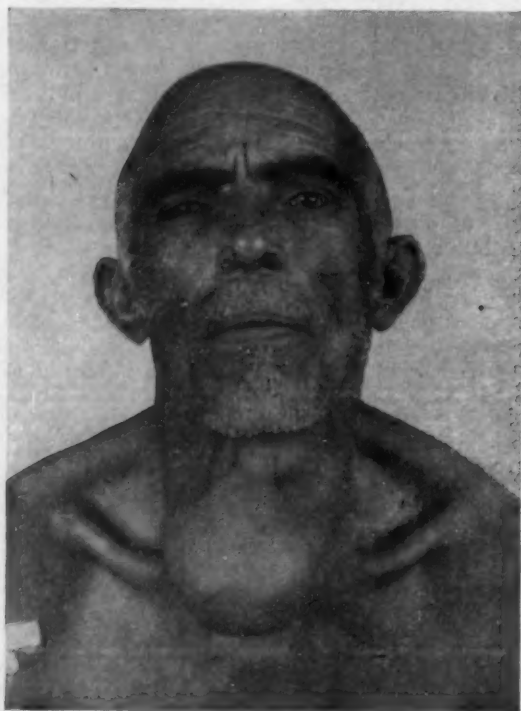


FIG. 1 — Doente portador de um bócio nodular não basedoficado antigo, com áreas de calcificação. Crescimento anterior e inferior da hiperplasia tireoideia. Cordões vocais normais.

15), individualizar uma forma anátomo-clínica de bócios com cardiotireotoxicose. Fiéis à classificação geral proposta por Wegelin (43), e tendo em vista a observação de nossa casuística clínica — não achamos argumentos de ordem anátomo-patológica para individualizar aquela forma clínica, pois, podemos encontrar a cardiotireotoxicose em todas as variedades de adenomas basedoficados e na doença de Basedow.



Não podemos esquecer a possibilidade do câncer da tireóide com sinais de hipertireoidismo — embora sempre de graus médio ou pequeno. São principalmente os cânceres desenvolvidos em antigos bócios nodulares, sejam difusos ou constituídos por nódulo solitário, que se apresentam clinicamente com hipertireoidismo de pouca gravidade, e que podem ser explicados por basedoficação de áreas do parenquima do bocio, não correndo o hipertireoidismo



FIG. 2 — Radiografia de perfil da região cervical do doente anterior (fig. 1), mostrando considerável calcificação da parte central do bocio. Ausência de sinais de compressão traqueal.

própriamente por conta das áreas cancerizadas. Tal é nossa interpretação dos chamados cânceres basedoficantes da literatura antiga.

Uma forma de hipertireoidismo que não justifica a indicação operatória é a encontrada no climatério feminino, — sem associar-se a um adenoma e aos elementos que caracterizam a doença de Basedow. Jamais o cirurgião deverá operar estas doentes — que, como os hipertireoidismos frustos da puberdade e idade juvenil — são perfeitamente curados clinicamente. O grande clínico Marañon



FIG. 3 — Portador de uma doença de Basedow, com uma hiperplasia tireoideia parenquimatoza difusa, Exoftalmos. Bócio difuso de consistência dura, compreendendo a hiperplasia ambos os lobos e o istmo.

consagra um capítulo sucinto ao fator tireoideo no climatério feminino, em seu clássico livro (*Climaterio de la mujer y del hombre* — Espasa Calpe, Madrid — 1937).

Podemos conceituar os seguintes princípios, tendo em vista às indicações operatórias :

- a) as hiperplasias tireoideas que conduzem à doença de Basedow ou às diversas variedades anátomo-patológicas dos adenomas, com basedoficação, impõem as ressecções amplas;
- b) as formas recidivantes do hipertireoidismo, sejam da doença de Basedow ou dos adenomas basedoficados — com maior rigor justificam as ressecções;
- c) as indicações operatórias são imutáveis, uma vez diagnosticadas a doença de Basedow ou qualquer variedade de adenoma basedoficado (adenomas parenquimatosos ou colóides, e seus diferentes tipos);

- d) a indicação operatória é formal nos bócios nodulares solitários ou nodulares múltiplos — associados ou não à basedificação;
- e) a suspeita de cancerização em bócios nodular múltiplo ou solitário antigo — com grau pequeno ou médio de hipertireoidismo, impõe as ressecções amplas.

É necessário que o cirurgião conheça os problemas da patologia e anatomia-patológica do Basedow e dos bócios basedificados para pessoalmente apreciar com critério as indicações operatórias.

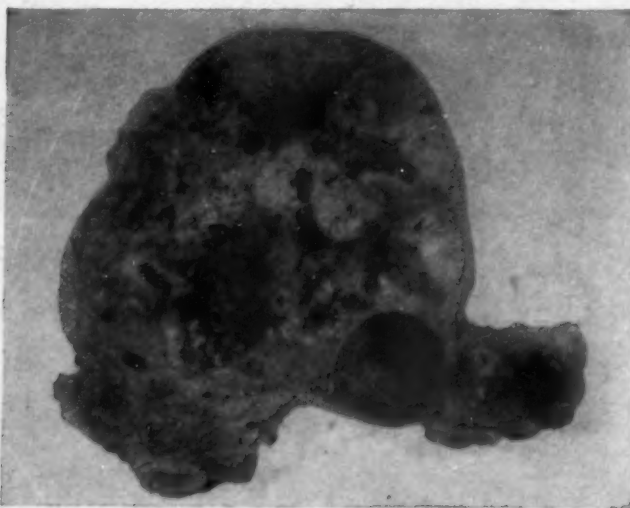
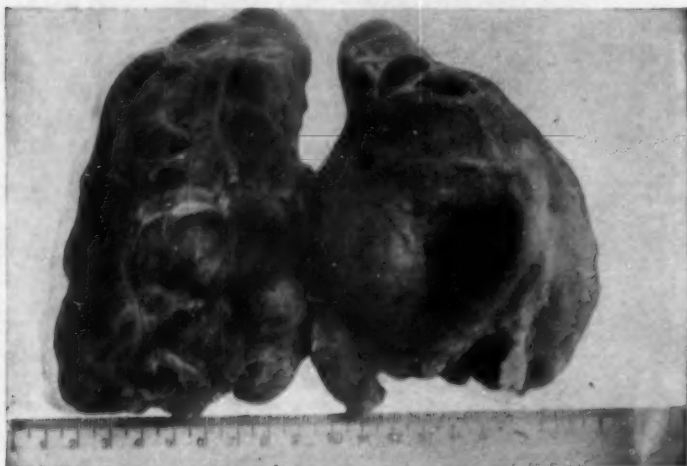


FIG. 4 — Aspecto do corte da peça cirúrgica retirada do doente G. C. (das figs. 1 e 2). Hiperplasia tireoideia nodular difusa antiga, com considerável área de calcificação. A ressecção foi ampla, compreendendo o pequeno lobo esquerdo (aparece à direita na fotografia), que se apresenta também com o processo de hiperplasia nodular.

**B) Pré-operatório e anestesia.** — Fôra de dúvida o considerável sucesso da cirurgia da tireoide, nestes últimos anos, é em grande parte devido ao tratamento pré-operatório cuidadoso e padronizado. A Plummer (in Means, 31), em 1923, devemos o uso sistemático do iôdo no tratamento do hipertireoidismo, representando um meio que consideravelmente melhorou as estatísticas cirúrgicas. Os grandes insucessos da cirurgia do hipertireoidismo, nos períodos anteriores, eram consequentes às intervenções executadas em doentes em período de tireotoxíose. A prova se encontra nos resultados incomparavelmente melhores obtidos, nas mesmas épocas (antes do uso do iôdo no pré-operatório — 1923), nas intervenções nos bócios

não basedoficados, os chamados pelos nossos antigos mestres de bócios colóides simples. Infelizmente a crise tireotóxica aguda era frequente, levando um número apreciável de doentes portadores de Basedow e bócios basedoficados à morte. Só a técnica, mesmo apurada — não reduzia a apreciável mortalidade operatória no hipertireoidismo. Felizmente um estudo clínico mais apurado dos portadores de hipertireoidismo, a utilização sistemática das medicações iodadas — permitiam resultados operatórios apreciáveis, chegando desde logo a uma noção básica, inspirada na experiência diária: jamais operar o doente no estado clínico de tireotoxicose. A experiência demonstrou que os doentes operados com hipermeta-



*Fig. 5 — Considerável hiperplasia nodular difusa, atingindo ambos os lobos e o istmo, determinando desenvolvimento apreciável dos pólos. Crescimento dos lobos se processando em todos os sentidos.*

bolismo, com taquicardia, emagrecimento — apresentavam acidentado post-operatório, e muitos faleciam da terrível crise tireotóxica aguda post-operatória. Era necessário um rigoroso e disciplinado tratamento pré-operatório que levasse o doente à cirurgia fora do estado tireotóxico: com a normalização do metabolismo basal, com a regularização e normalização do pulso (abaixo de 100), com aumento de peso, e sem a inquietude psíquica. Este conceito tornou-se um dogma para a escolha do momento da indicação operatória.

Aqueles dedicados ao estudo dos problemas da patologia da tireóide estão fortemente compenetrados da necessidade de reduzir clinicamente a tireotoxicose — antes de proceder-se às ressecções.

Em 1946 estudamos de uma maneira geral os problemas do tratamento pré-operatório (18), e destacamos o nosso entusiasmo pela medicação iodada, sob diferentes formulas: solução clássica de Lugol, solução forte de Lugol, as soluções de Lugol com 1 % de iodo, as soluções de iodo e iôdeto de cálcio (que usamos largamente), e a di-iôdo-tirosina. Até o momento jamais tivemos qualquer acidente com a medicação iodada, nas doses que usamos e serão referidas, mas desejamos referir nossa simppátia para as doses suaves e constantes. Jamais observamos o iodobasedow — condição desenvolvida em doentes portadores de bócios não basedoficados



FIG. 6 — Bócio parenquimatoso difuso basedoficado, com considerável hiperplasia atingindo especialmente o lobo esquerdo e o istmo. Desenvolvimento do pólo superior esquerdo, que se apresenta em posição alta (faringeana). Observar a apreciável hiperplasia do istmo, fazendo fusão com o restante lobo esquerdo.

pela administração do iodo, segundo Kocher. Não acreditamos na existência da tireotoxíose induzida pela administração do iodo: doses elevadas de iodo podem determinar um quadro de intoxicação orgânica, que nada tem a ver com um quadro de tireotoxíose induzida pelo iodo.

Rawson (*in Means*, 31) também jamais viu o iodobasedow. Continuamos a ter grande entusiasmo pela medicação iodada, que manejamos constantemente, seja isolada ou associada ao propiltiouracil. Devemos lembrar que as doses de iodo metaloídico suficientes para uma apreciável resposta (expressa pela redução do metabolismo basal) são eficientes a partir de 6 mg. por dia,

e produzem resultados análogos às grandes doses (500 a 750 mg. de iôdo por dia). A ação do iôdo sobre as diversas variedades de hiperplasia epitelial tireoidea é apreciável, traduzindo-se por sua redução considerável, e diminuição acentuada da vascularização. A observação nos mostrou que as formas de hiperplasias tireoideas parenquimatosas difusas (adenomas trabeculares, tubulares e microfoliculares) são mais rapidamente influenciadas pela medicação comparativamente às hiperplasias parenquimatosas nodulares.

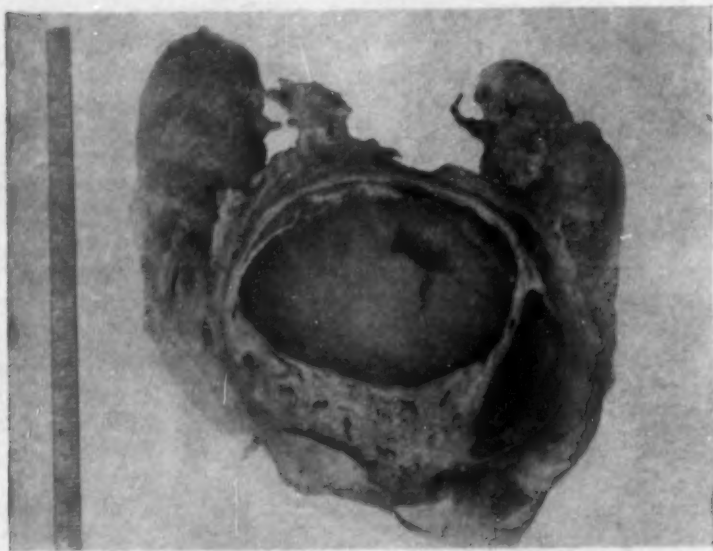


FIG. 7 — Fotografia de um corte de um bôcio nodular para mostrar um grande cisto, cheio de "hialina borracha", que se apresenta sob a forma de uma substância gelatinosa e homogênea.

As formas colóides (adenomas macrofoliculares simples e adenomas macrofoliculares papilares) sofrem também a ação do iôdo, reduzindo a hiperplasia tireoidea. Os doentes portadores das diversas variedades de bócios basedoficados, submetidos por períodos longos (acima de 3 meses) à ação do iôdo, apresentam uma redução sensível do tamanho da glândula, bem como um endurecimento do tecido, sendo característica a redução da vascularização. As formas parenquimatosas difusas que caracterizam a doença de Basedow possuem uma considerável vascularização — que persiste em grau menor mesmo com a redução da hiperplasia provocada pelo iôdo: são glândulas que sempre sangram comparadas às outras formas de adenomas, mesmo sob cuidadoso e demorado preparo com iôdo. Após salientar a significação que tem o iôdo no pré-



operatório, mesmo atualmente, iremos expor alguns princípios gerais que devem orientar o pré-operatório, tendo em vista a experiência pessoal.

Em trabalho anterior (18) consideramos, para sistematizar o tratamento pré-operatório — os doentes classificados em três grupos :

a) as formas de hipertireoidismos frustos, cujo metabolismo basal oscila entre  $+ 20\%$  a  $+ 35\%$ ;

b) as formas de hipertireoidismos médios, com MB de  $35\%$  a  $+ 70\%$ ;

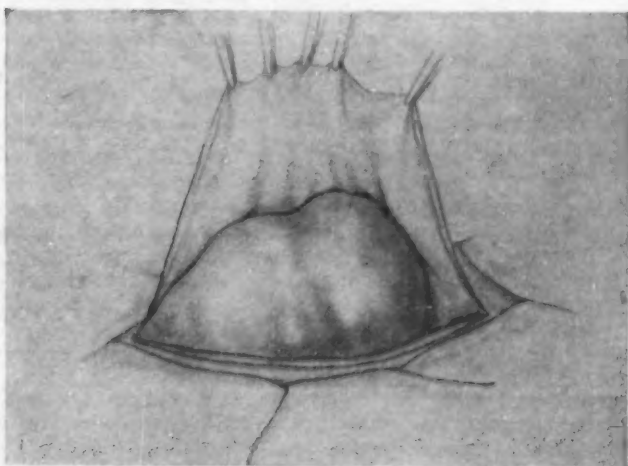


FIG. 8 — Desenho segundo uma operação no vivo. Após a incisão cutânea, o lóbio superior da incisão é descolado superiormente até a borda superior do osso hióide. Exposição através dos músculos pré-tireóides de um apreciável bôcio nodular difuso.

c) as formas de hipertireoidismos graves, com MB oscilando de  $+ 70\%$  a  $+ 100\%$ , ou mais. É evidente que na caracterização daquelas formas o critério clínico é soberano, servindo o MB para a sua apreciação ao lado dos outros sinais, principalmente o estudo metuculoso da frequência do pulso e das variações do peso. Em relação às formas de hipertireoidismo frusto podemos estabelecer os seguintes princípios, quanto ao pré-operatório :

a) a medicação iodada por si é suficiente para normalizar o MB, bem como reduzir os sinais de tireotóxicose;

b) associamos às soluções de iodo — a vitamina A na dosagem média diária de 50.000 U.I. por boca, e um sedativo do sistema nervoso vegetativo;

- c) a dieta hiper-proteica e rica em hidratos de carbono deve ser indicada;
- d) repouso físico e psíquico nos últimos dez dias que precedem a operação.

Em relação às formas de hipertireoidismo de gravidade média (MB + 35 a MB + 70%) devemos estabelecer os seguintes princípios :

- a) medicação associada pelas soluções de iôdo e pelo propiltiouracil; o propiltiouracil deve dar-se em média na dosagem de 300 mg por dia — sendo cada dose de 100 mg., até a redução de 50% do valor do MB, passando após a 200 mg. até normalização do MB; jamais usar o proltiouracil si não não fôr possível um exame semanal pelo menos das condições hematológicas (contagem global e específica dos leucócitos);
- b) associar-se a vitamina A na dosagem de 50.000 U.I. a 100.000 U.I. por boca, bem como um sedativo do sistema vegetativo, especialmente derivados da beladona e à feniletil-maloniluréia;
- c) achamos de apreciáveis efeitos a associação do benzoato de estradiol na dosagem de 5 mg. diários ou em dias alternados, em injeções intramusculares, nos casos de tireotoxicoses do homem, procedendo à medicação pelo propionato de testosterona (25 mg. três v.p. semana, por via intramuscular) nas formas femininas;
- d) regime alimentar hiperproteico e rico em hidratos de carbono;
- e) repouso físico e psíquico absoluto, especialmente duas semanas antes da operação.

As formas graves de hipertireoidismos, geralmente portadores da doença de Basedow — indicam a seguinte orientação em geral :

- a) repouso absoluto em quarto com pouca luz, permanecendo obrigatoriamente o doente acamado;
- b) associação das soluções iodadas e do propiltiouracil poderá ser de 400 mg. diários, dados em quatro doses de 100 mg. até redução de 50% do MB, passando após a 200 mg. até a normalização;
- c) associar-se o benzonato de estradiol (para os homens) na dosagem diária de 5 mg., e o propionato de testosterona (para as mulheres) no dosagem de 25 mg. em dias alternados;
- d) utilização dos sedativos do sistema nervoso vegetativo (referidos anteriormente);
- e) dieta hiperproteica e rica em hidratos de carbono, e sendo necessário transfusões de sangue ou plasma;

- f) somente indicar a operação quando além da normalização do MB — as condições clínicas (especialmente pulso, pêso e psiquismo) mostrarem que o doente está fora da tireotoxicose. Os doentes deste terceiro grupo são os mais sérios para o preparo, e os que mais cuidados devem merecer do especialista — pois, a oportunidade criteriosa da operação é decisiva para os mesmos. É verdade que o propiltiouracil foi uma grande arma para aqueles casos, porém deve ser manejado com toda prudência, e o doente sob constantes contagens globais e específicas dos leucócitos: a menor suspeita de agranulocitose a droga deve ser suspensa, e ser administrados estratos hepáticos (inclusive a vitamina B12) e transfusões de sangue total.

Nos diferentes grupos de hipertireoidismo referidos é normal administrarmos as vitaminas em doses apreciáveis, especialmente nas formas graves e particularmente o complexo B e a vitamina B 12. Desejamos lembrar que a piridoxina, elemento da constelação B — tem efeito apreciável sobre o tonus muscular, consideravelmente reduzido no hipertireoidismo.

Temos também utilizado no hipertireoidismo, como medicação pré-operatória — o dibromocolesterol, sob a forma injetável, como medicação de efeito sedativo sobre os núcleos da base e sobre o vegetativo.

Desejamos referir que um princípio geral deve ser lembrado:

em qualquer forma de hipertireoidismo a redução da tireotoxicose deverá ser apreciável ou completa, com normalização do metabolismo basal — ou pelo menos valores oscilando entre  $\pm 10\%$  a  $\pm 20\%$ , sendo obrigatória, no entanto, que a curva do pulso se mantenha rigorosamente abaixo de 100, entre 80 e 90; por outro lado o doente deve ter um aumento ascensional na sua curva de pêso; a excitabilidade nervosa deverá encontrar-se completamente reduzida ou apreciavelmente menor.

Devemos lembrar o exoftalmo — nos casos de doença de Basedow — é influenciado pelos esteróides (benzonato de estradiol), embora em grau não intenso, comparativamente à redução da tireotoxicose: tal fato não contraindica a operação — desde que o cirurgião no post-operatório continue mantendo a inibição da hipofise anterior com os esteróides, como é nosso hábito, associado à tiroxicose.

Salientamos a ausência entre nós, no Brasil, das formas graves de exoftalmo (exoftalmopatia maligna, forma hiperexoftalmopática da doença de Basedow, de Means). Em nosso meio o exoftalmo é geralmente benigno (fig. 3).

Ao lado do problema do tratamento pré-operatório devemos mencionar nossa conduta quanto à indicação do tipo de anestesia. Durante muitos anos utilizamos e propagamos em nosso serviço às anestésias loco-regionais para qualquer tipo de cirurgia da tireóide

— fossem lobectomias unilaterais ou tireoidectomias amplas sub-totais (15 e 17), prática utilizada por numerosos cirurgiões especializados (Andrade, 1 — Caeiro, 8 — Hertzler, 27, etc.). Há alguns anos estamos utilizando sistematicamente a narcose pelos gases com intubação traqueal. Acreditamos haver indiscutível vantagem na narcose, eliminando do psiquismo do doente o trauma provocado pelo desenrolar da operação, por melhor que seja a medicação pré-anestésica. Indicamos atualmente em todas as tireoidectomias por hipertireoidismo a narcose pelos gases com intubação traqueal.

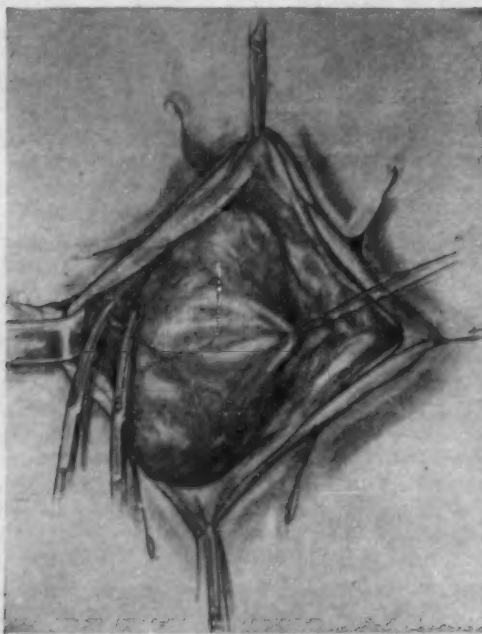


FIG. 9 — Desenho tomado de uma operação no vivo. Após afastamento dos músculos pré-tireóideos, uma apreciável veia tireóidea média é pinçada, para ser ligada, e permitir acesso à porção latero-posterior do espaço decolável peritireóideo.

**C) Técnica e tática das tireoidectomias amplas.** — Já referimos nos prolegômenos deste ensaio que só as ressecções amplas podem curar as síndromes de hipertireoidismos, sejam da doença de Basedow ou dos bócios basedofílicos. Os problemas propriamente da técnica e tática das tireoidectomias foram já estudados em nossas publicações anteriores (14, 15, 17, 20, 21, 22, 24 e 25), bem como sistematizada a nossa técnica de tireoidectomia sub-total ampla.

Desejamos neste ensaio geral tão somente salientar os princípios que devem orientar a técnica e a tática das ressecções. Tendo em vista a nossa experiência clínica pessoal podemos estabelecer os seguintes princípios gerais:

- a) as ressecções tireóideas ideais são àquelas que removem a totalidade da glândula — deixando um mínimo de 2, 5 a 5 gramas; em certas formas graves de hipertireoidismo — especialmente na doença de Basedow — as próprias ressecções totais se justificam — desde que se tratem de adultos maiores de 23 anos;

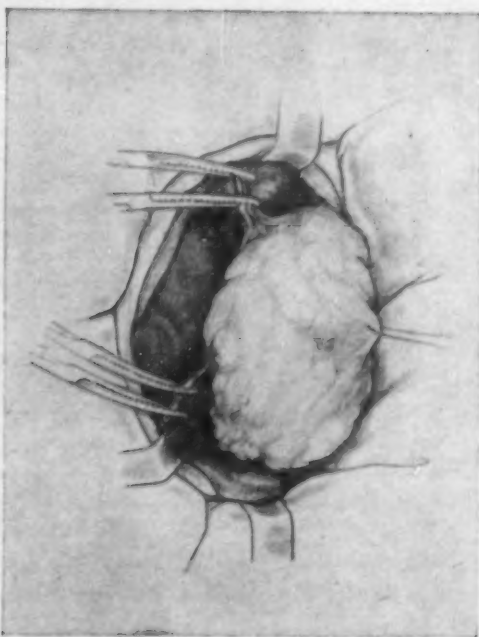


FIG. 10 — Desenho tomado de uma operação no vivo. Exposição do lobo tireóideo direito. Ligadura do pedículo vascular superior: neste caso encontramos um pedículo longo, e um pólo pouco sinuado. Observa-se, ainda, a ligadura da artéria tireóidea inferior, após a sua erosão.

- b) as tireoidectomias amplas — que chamamos de tireoidectomias sub-totais ampliadas, devem respeitar rigorosamente os recorrentes, os ramos externos dos nervos laringeos superiores, as paratireóides, e o segmento esôfago-traqueal;
- c) sob um critério anatômico — a ligadura dos quatro pedículos arteriais da glândula é ideal nas ressecções amplas, sem prejuízo para a circulação paratireóidea (16) (fig. 10);

- d) as arterias tireóideas inferiores podem ser ligadas durante a ressecção — principalmente seus ramos medial e inferior;
- e) consagrar o maior cuidado à laqueadura das veias tireóideas medias e inferiores (zona rica de paratireóides — *in* 16);
- f) saber reconhecer os nervos recorrentes — porém jamais os expôr durante a operação (22);
- g) proceder sempre a ressecção sem incisar posteriormente o ligamento lateral de Grüber, — incisando diretamente sôbre o segmento mais medial e posterior da capsula própria (fig. 11);



FIG. 11 — Desenho tomado de uma operação no vivo. Após as laqueaduras vasculares o lobo (lobo direito neste caso) é facilmente exteriorizado: encontramos, neste caso, um ligamento lateral de Grüber longo, permitindo apreciável mobilização do lobo. Na ressecção o cirurgião fará a incisão, diretamente sobre a capsula própria, logo para fóra do ligamento de Grüber.

- h) dissecar sempre a pirâmide e o istmo, porém não utilizar a manobra da secção mediana do istmo como a utilizávamos inicialmente — 14);
- i) retirar a peça em um unido bloco, tendo o cuidado de não lesar a traquéia no ato de descolar o istmo;
- j) a drenagem por 48 horas será feita com lamina de borracha (a Penrose), podendo ser suprimida si o cirurgião tiver certeza de existir uma hemostasia perfeita;
- l) os côtos tireóideos residuais (geralmente pequenos, de 2, 5 a 5 gr. de um só lado) serão fixos à fascia pré-traqueal;
- m) as ressecções provisórias dos músculos pré-tireóideos.

Devemos não esquecer que os bócios intratorácicos geralmente são extirpados por via cervical.

A esternotomia mediana, sendo preferível às toracotomias anterior ou pósterio-lateral.



**D) Pos-operatório.** — E' tão decisivo como o pré-operatório, e requer uma planificação geral. Exige a maior atenção do cirurgião, principalmente durante as primeiras 48 horas que segue a operação. Os operados devem ser levados a um centro de recuperação, como o existente no Hospital Central da Santa Casa, no qual terão assistência e vigilância contínuas. Será imediatamente administrado o oxigênio. Si o doente apresentar secreção, será utilizada a aspiração. Um princípio geral domina todo o post-operatório: a preocupação fundamental será evitar o aparecimento da crise tireotóxica post-operatória, que sob qualquer grau representa séria complicação geral.

E' a seguinte a orientação geral do tratamento:

- a) administração de oxigênio durante 24 a 48 horas ininterruptamente;
- b) em média, nos primeiros três dias — 2 a 3 litros de soro glico-fisiológico ou glicosado isotônico com 100 mg. de vitamina C para cada litro;
- c) administração de 15 cc. de solução de Lugol (formula fraca) no soro glicosado isotônico ou glicofisiológico, para ser utilizado na veia, três vezes por dia, durante os primeiros dois dias; posteriormente 15 cc. da solução de Lugol, uma ou duas vezes por dia;
- d) tratando-se de portadores de formas graves de hipertireoidismo (como a doença de Basedow) — associar o benzonato de estradiol na dosagem de 5 mg. quatro vezes por dia (para o homem), e o propionato de testosterona na dosagem de 25 mg. duas vezes por dia (para a mulher);
- e) utilizar em média duas ampolas diárias de tiroxina (dosadas a 1 mg.), durante três dias, reduzindo após para uma;
- f) penicilina na dosagem de 100.000 U. 0 cada 4 horas durante três a cinco dias;
- g) começar a alimentação logo que a deglutição fôr possível;
- h) como sedativo recomendamos o fosfato de codeína injetável.

Desejamos referir uma fórmula de inalante de efeitos excelentes nas crises de tósses que acometem certos doentes (incidência pequena), e que resistem aos sedativos gerais. Usamos com êxito a seguinte fórmula:

Tintura de benjoim .....	15 cm <sup>3</sup>
Tintura de eucalipto .....	15 cm <sup>3</sup>
Mentol .....	2 gr.
Essência de alfazema .....	2,50 cm <sup>3</sup>
Alcool ad .....	100 cm <sup>3</sup>

Md. — Uma colher das de chá, em uma chávena d'água fervente — para inalações.

Insistimos que das complicações post-operatórias a mais grave é a crise tireotóxica post-operatória, responsável por numerosas mortes em tôdas as estatísticas. Chegou-se hoje a demonstrar que geralmente a crise tireotóxica post-operatória aparece nos doentes inconvenientemente preparados. Não padece dúvida tal conceito, e a experiência de todos os cirurgiões demonstra que o seu aparecimento coincide com casos de hipertireoidismos graves, cujo estado tireotóxico não foi completamente reduzido. A nossa experiência pessoal demonstra aquele conceito, pois, os casos de crises tireotóxicas post-operatórias que tivemos, apareceram em doentes com persistência de certo grau de tireotoxíose.

Achamos, pois, que as formas graves de hipertireoidismo só sejam operadas com redução completa ou apreciável da tireotoxíose.

São geralmente os portadores da doença de Basedow que apresentam a crise tireotóxica post-operatória (como em nossos casos).

Chamamos a atenção para o fato da ação apreciável do Lugol endovenoso, como referimos anteriormente, no combate à crise tireotóxica. Associamos ao Lugol endovenoso, ainda, o benzoato de estradiol e a tiroxina.

Nos portadores de exoftalmo (doença de Basedow) continuamos por algumas semanas a medicação inibidora da hipófise anterior, utilizando de preferência o benzoato de estradiol em doses diárias de 5 mg.: para combater os efeitos sobre a glândula mamária (hiperplasia) no homem, utilizamos associado o propionato de testosterona na dosagem de 25 mg. duas vezes por semana.

A associação do propionato de testosterona é vantajosa, pois, De Finis (*in* 18) recomenda a hormona masculina no tratamento do hipertireoidismo. Atualmente a literatura refere (Zondek e Ticho, — Jones, — Paufigue, Papillon e Guinet, — Baierwalters, — *in* 48) bons resultados da irradiação da hipófise nos casos graves de exoftalmo.

Não temos experiência pessoal sobre ação da roentgenterapia, pois — as formas de exoftalmo que temos tratado não são da gravidade referida na literatura, e geralmente o tratamento pelos estrogênios naturais (damos preferência) e a tiroxina são suficientes para obtermos resultados apreciáveis. As formas de exoftalmo que temos observado não se acentuaram após as tireoidectomias amplas — pois, já dissemos, temos o hábito de prolongar o seu tratamento algumas semanas após a operação. Em nosso meio, ainda, o exoftalmo é fóra de dúvida benigno.

## RESUMO

O A. procura neste ensaio estabelecer princípios orientadores gerais, baseados em sua experiência clínica pessoal. Justifica inicialmente o tratamento cirúrgico do hipertireoidismo. Estabelece conceitos gerais a propósito dos seguintes problemas ligados ao tratamento cirúrgico do hipertireoidismo:

- a) indicações operatórias;
- b) pré-operatório e anestesia;
- c) técnica e tática das tireoidectomias amplas;
- d) tratamento post-operatório.

Em relação às indicações operatórias — salienta que justificam as ressecções amplas as hiperplasias tireóideas basedoficadas ou não basedoficadas, sejam difusas ou nodulares. O adenoma fetal sempre exige a lobectomia — seja qual for a idade.

O pré-operatório é especialmente analisado, considerando o A. três grupos de doentes: hipertireoidismos com MB entre + 20% e + 35%; hipertireoidismos com MB entre + 35% e + 70+; e as formas graves de hipertireoidismos, com MB entre + 70% e + 100%, ou mais.

Para cada grupo é planejado o tratamento pré-operatório. Uma noção geral domina todo o tratamento pré-operatório: jamais operar um doente antes da redução completa ou considerável da tireotoxicose.

O A. salienta que atualmente utiliza sistematicamente a narcose pelos gases com intubação traqueal.

Em relação à técnica e a tática das tireoidectomias, estabelece os princípios gerais das ressecções tireóideas amplas — com persistência de 2,5 a 5 gr. da glândula. Tem observado boa tolerância do adulto acima de 23 anos para as tireoidectomias de tipo total, especialmente indicadas nas formas graves do hipertireoidismo.

O post-operatório é sistematizado, salientando especialmente o papel da solução de Lugol por via venosa, e dos esteróides naturais (benzoato de estradiol), além da tiroxina.

O A. não tem observado em nosso meio as formas graves de exoftalmo nos portadores da doença de Basedow. O estudo do post-operatório tardio dos doentes submetidos às ressecções amplas (tireoidectomias subtotais ampliadas) mostra uma excelente tolerância, e a cura do hipertireoidismo.

#### LITERATURA

- 1) ANDRADE (M. A. de) — *Tireoidectomia sub-total* — Tese de concurso. "Jornal do Comércio", ed. — Rio de Janeiro, 1947.
- 2) ANDRADE (M. A. de) — *Lesões do recorrente* — Tese de concurso. "J. do Comércio", ed. — Rio de Janeiro, 1945.
- 3) ASTWOOD (E. B.) — *Treatment of hyperthyroidism with thiourea and thiouracil* — "J. A. M. A.", 122:78, 1945.
- 4) ASTWOOD (E. B.), BISSELL (A.), HUGHES (A. M.) — *Further studies on the chemical nature of compounds, which inhibit the function of the thyroid gland.* — "Endocrinology", 37:465, 1945.
- 5) ASTWOOD (E. B.) — *Treatment of hyperthyroidism with propylthiouracil.* — "Ann. Inst. Med.", 25:813, 1946.
- 6) ASTWOOD (E. B.) and VANDERLAAN (W. P.) — *Thiouracil derivatives of greater activity for treatment of hyperthyroidism.* — "J. Clin. Endocrinol.", V:424, 1945.
- 7) BRITO (R.) — *Bócios intratorácicos* — "O Hospital" — XXIX: 341, 1946.
- 8) CAEIRO (J. A.) — *Hipertireoidismo. Fisiopatologia y tratamiento.* Lopes e Eicheyoyen, ed. Buenos Aires — 1945.
- 9) COLE (W. H.) and FOWLER (E. F.) — *The present status of the surgical treatment of Hyperthyroidism.* — C. C. Thomas, Springfield, Ill., U. S. A., 1949.
- 10) CORRÊA NETTO (A.) — *Afeções cirúrgicas da tireóide.* "Rev. Paulista de Med.", 38:589, 1951.

- 11) DE COURCY (J. L.) and DE COURCY (C. B.) — *Pathology and surgery of thyroid disease.* — C. C. Thomas, Springfield, 111., U. S. A., 1949.
- 12) DUARTE (L. C.) — *Das lesões dos nervos laringeos nas tireoidectomias.* — "Rev. Paulista de Med.", 38:669, 1951.
- 13) GOETSCH (E.) — *A new concept regarding the origin of so-called primary carcinoma of the hyperplastic thyroid.* "Annals of Surg.", 118:843, 1943.
- 14) HERMETO JUNIOR (S.) — *Sistematização da técnica e da tática das lobectomias tireoideanas.* — "Rev. da Assoc. Paulista de Med.", XII: 205, 1938.
- 15) HERMETO JUNIOR (S.) — *Hipertireoidismo — Tratamento e resultados.* — in 2.º Congr. Inter-Americano de Cir. (Buenos Aires, 1943); in "Rev. de Cirurgia de São Paulo", IX: 753, 1944.
- 16) HERMETO JUNIOR (S.) — *Contribuição para o estado da técnica e da tática das paratireoidectomias — Tese de docência.* São Paulo — 1938.
- 17) HERMETO JUNIOR (S.) — *A tireoidectomia sub-total ideal. Bases e Técnicas.* — "Rev. Paulista de Med.", 28:85, 1946.
- 18) HERMETO JUNIOR (S.) — *Tratamento pré-operatório do hipertireoidismo.* — "Rev. Paulista de Med.", 28:310, 1946.
- 19) HERMETO JUNIOR (S.) — *Estrumite aguda supurativa. Tratamento médico e posteriormente lobectomia total.* "Rev. Paulista de Med.", XXX: 320, 1947.
- 20) HERMETO JUNIOR (S.) — *Princípios fundamentais para a execução da tireoidectomia sub-total ideal.* — "Rev. de Med. e Cir. de São Paulo", VII: 413, 1947.
- 21) HERMETO JUNIOR (S.) — *A ligadura dos pedículos arteriais tireoideanos no decurso das tireoidectomias sub-totais.* — "Rev. de Med. e Cir. de São Paulo", VII: 487, 1947.
- 22) HERMETO JUNIOR (S.) — *O problema da exposição dos nervos recorrentes no decurso das tireoidectomias.* — "Rev. de Med. e Cir. de São Paulo", VIII: 47, 1948.
- 23) HERMETO JUNIOR (S.) — *Importância do adenoma fetal na patologia da tireóide.* — "Rev. de Med. e Cir. de São Paulo", X: 503, 1950.
- 24) HERMETO JUNIOR (S.) — *Tática das tireoidectomias sub-totais.* — "Rev. de Med. e Cir. de São Paulo", XI: 1, 1951.
- 25) HERMETO JUNIOR (S.) — *As indicações da tireoidectomia total no hipertireoidismo.* — "Rev. de Med. e Cir. de São Paulo", XI: 37, 1951.
- 26) HERMETO JUNIOR (S.) — *O problema do adenoma fetal da tireóide.* — "Rev. Paulista de Med.", 38: 677, 1951.
- 27) HERTZLER (A.) — *Diseases of thyroid gland.* — Paul B. Hoeber, ed. New York and London, 1941.
- 28) LAHEY (F. H.) — *Routine dissection and demonstration recurrent laryngeal nerve in subtotal thyroidectomy.* "S. G. O.", 66: 774, 1938.
- 29) LAHEY (F. H.) — *Exposure of recurrent laryngeal nerves in thyroid operations.* — "S. G. O.", 78: 239, 1944.
- 30) LAHEY (F. H.) — *Technique of thyroidectomy* — "Surgery", 16: 705, 1944.
- 31) MEANS (J. H.) — *The Thyroid.* 2.ª edition. J. B. Lippincott. 1948.
- 32) MEURMAN (O. H.) — *Vocal cord paralysis following thyroid surgery.* — "Acta Chir. Scand.", 101: 360, 1951.
- 33) MORAES BARROS F.º (N.) — *Contribuição para a anatomia do ramo externo do nervo laringeo superior. — Sua aplicação à técnica das tireoidectomias — Tese de docência.* São Paulo, 1948.
- 34) MORAES BARROS F.º (N.), MORAES DANTAS (O.) e ROCHA (P.) — *Tetania post-operatória nas tireoidectomias sub-totais.* — "Rev. Paulista de Med.", 39: 27, 1951.

- 35) NORDLAND (M.) — *Important anatomical structures in thyroidectomy.* — The "J. of I. C. of Surg.", XII: 271, 1949.
- 36) PIULACHS (P.) y CANADELL (J. M.) — *Enfermedades del tireoides.* — José Sauer, ed. Barcelona, 1950.
- 37) RUOALLE (H. L. M.) — *The solitary thyroid nodule and thyrotoxicosis.* — The "British J. of S.", XXXIV: 312, 1949.
- 38) SÉLYE (H.) — *The physiology and pathology of exposure to "Stress".* 1e. ed. Acta Inc., Montreal, 1950.
- 39) SILVA BASTOS (E. da) — *Complicações operatórias das tireoidectomias sub-totais.* — "Rev. Paulista de Med.", 38: 649, 1951.
- 40) TAVARES DE LIMA (M. L. M.) — *Estudo anatomo-patológico do carcinoma da tireoide.* — "Rev. Paulista de Med.", 39:39, 1951.
- 41) UNONIUS (E.) — *Iodine determinations and diagnosis in hyper — and hypothyreosis.* — "Acta Chir., Scand.", XCIII: Supplementum 106, 1946.
- 42) WELTI (H.) — *Le reparage du récurrent pour dissections d'un segment du nerf au cours des thyroïdectomies.* Technique et indications de la méthode. — "Mém. de l'Acad. de Chir.", (Paris), 65: N.º 15, 1939.
- 43) WEGELIN (C. von) — in HENKE (F.) und LUBARSCH (O.) — *Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie.* — Vol. XIII. J. Springer, Berlin, 1926.
- 44) ZAVALETA (D. E.) — *Cirurgia de la glandula tireoidea* — Ediciones Impaglioní, Buenos Aires — 1949.
- 45) III Congresso da Associação Paulista de Medicina — 2.º tema oficial — *Afecções cirúrgicas da tireoide* in "Rev. Paulista de Med. e Cir.", 38 e 39: Junho e Julho, 1951.
- 46) *Transactions of the American Goiter Association.* — Charles C. Thomas, Springfield, Ill., U. S. A. — 1951.
- 47) COTRIM (E.) — *A pneumotireoide* — "Rev. da Ass. Paulista de Med.", XIV: 69, 1939.
- 48) *The 1951 Year Book of Endocrinology.* Ed. G. S. Gordon — Chicago, 1951.

*A filosofia é o leite doce da adversidade.*

SHAKESPEARE

# RUBROMALT

*Extrato de malte  
com as Vitaminas B<sub>12</sub>, A e D  
Complexo B, Extrato de Fígado,  
Aminoácidos e Minerais.*



INSTITUTO TERAPEÚTICO ACTIVUS LTDA.

Rua Pirapitingui, 165 — São Paulo, Brasil

*Lafi relembra-lhe*

Nos distúrbios neuro-vegetativos :

## Vagosin

Não é um deprimente, mas um reequilibrador  
do Sistema Nervoso autônomo



Nas algias de qualquer natureza :

## Rebalsin Papaverina

Analgésico — Sedativo — Antiespasmódico

GOTAS

E

AMPÓLAS

30 mg de Papaverina  
por cm<sup>3</sup>

30 e 50 mg. de  
Papaverina por  
ampóla

**LABORATÓRIO FARMACÊUTICO INTERNACIONAL S. A.**

Rua Lisboa, 890 — Fones: 80-2135 e 80-2136 — São Paulo, Brasil

*Consultores científicos*

Prof. Dr. W. BERARDINELLI & Prof. A. DE BARBIERI

*Filiais ou agentes em todos os Estados*



## Las incisiones transversas en el abdomen superior

DRS. FERNANDO E. CATALANO y

JUAN A. VIAGGIO

(Buenos Aires — Argentina)

Dentro de las condiciones necesarias para llevar a feliz término una operación, se encuentra — entre otras — dos de importancia capital: nos referimos a la correcta anestesia y al campo suficiente como para permitir el desarrollo de todos los pasos técnicos sin dificultad. En estas líneas escritas especialmente para el II.º Congreso de la Sección Brasileira y I.º Panamericano del Colegio Internacional de Cirujanos nos referimos a la obtención de un campo suficiente en la Cirugía del abdomen superior.

El conjunto de maniobras que realiza el cirujano debe verse facilitado por:

- 1.º) Incisiones amplias.
- 2.º) Convenientemente ubicadas

sin descuidar la restitución plástica y el poder eventrógeno de determinadas incisiones. Muy atrás ha quedado el tiempo en que la incisión mediana supraumbical era empleada en alto porcentaje y poco es lo que se emplean en la práctica actual las incisiones combinadas, que más parecían figuras geométricas que obra de un cirujano.

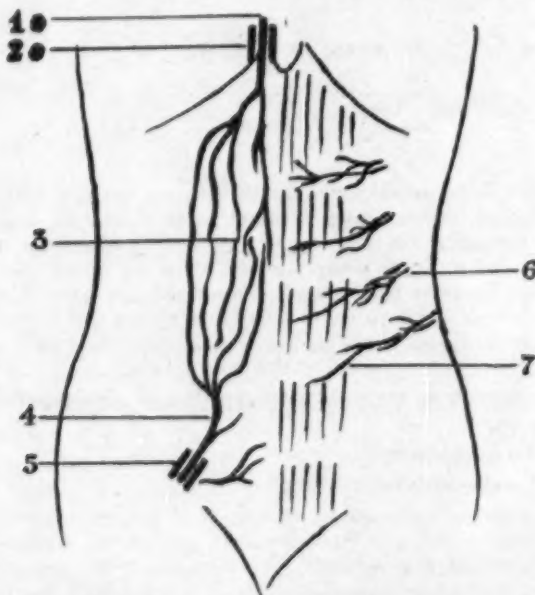
Dentro de los elementos que constituyen la pared abdominal, tiene escasa importancia desde el punto que nos orientamos para estas líneas, la dirección de la incisión de la piel, sea ella oblicua o transversal. Las consideramos a ambas similares dado que lo que más nos interesa son los planos subyacentes y sus elementos vasculonerviosos.

Y a ellos va dirigido el comentario que a continuación exponemos:

a) Los elementos musculares que constituyen los planos del abdomen superiores están representados por el recto anterior del abdomen, el oblicuo mayor, el oblicuo menor y el transversal.

b) La vaina del recto que envuelve al músculo del mismo nombre es accionada en sentido transversal con características altamente dinámicas de los oblicuos y el transverso.

c) Además consignamos: 1.º Que los músculos son tejidos ricamente irrigados y que por onde la cicatrización se hace en óptimas condiciones si la comparamos con la pobreza vascular de la línea media. 2.º Que esa irrigación en el músculo recto se ve mantenida en el caso de sección transversal por la mamaria interna en el cabo superior y por la epigástrica en el inferior. Recordemos que



1 — Ramo abdominal de la arteria mamaria interna. 2 — Venas satélites.  
3 — Anastomosis con la epigástrica. 4 — Arteria epigástrica. 5 — Venas satélites.  
6 — Ramos perforantes de las arterias intercostales. 7 — Nervios intercostales.

la primera nutre al músculo por su rama terminal denominada interna o abdominal, y que penetra en la vaina colocándose por detrás y luego en pleno músculo para anastomosarse con las terminaciones de la epigástrica. Esta vascularización está reforzada por una rama transversal que se presenta a veces y que la une a la similar opuesta. Con respecto a la epigástrica, rama de la ilíaca externa, diremos que se sitúa primeramente en la cara posterior del recto y luego en plena masa muscular, asegurando de esta manera la nutrición del labio inferior de toda laparotomía transversal. 3.º Que el mismo problema se plantea en el caso de los

músculos anchos dado que son irrigados por la misma mamaria interna, intercostales y epigástrica.

d) En cuanto a la lesión de los nervios destinados a los músculos ya señalados, cabe consignar que las incisiones transversales respetan su integridad, ventaja que no es ajena a la conservación del trofismo de la fibra. El poder de este detalle y su relación con el factor eventrógeno escapa a todo comentario.

e) Además y aunque este detalle no tiene la importancia de la vascularización antes señaladas, la dirección de las fibras de la vaina del recto y sus metámeras o intersecciones aponeuróticas favorecen la sutura y evitan la retracción muscular.

f) La superposición de planos en una laparotomía ha sido motivo de una clasificación que por clásica no repetimos. En las incisiones transversas las laparotomías que se usan habitualmente no son complejas: superponen en una misma línea todos los planos. Ultimamente D. Ross ha propuesto una incisión alta, de amplia exposición que puede ser combinada con toracotomías y que tiene como característica la de no superponer cicatrices. Esta técnica que el autor propone para cirugía gastropancreática da un amplio campo y permite una restitución sólida.

g) El factor estético queda en segundo término: las incisiones transversas seccionan la piel según las líneas de fuerza y su cicatrización adquiere características no despreciables.

h) En un interesante trabajo motivo de su Tesis, Kecha Virmond, de Curitiba, estudia el factor dinámico de los músculos de la pared anterior del abdomen y los descompone en las constantes longitudinales (recto anterior) y transversales (oblicuo mayor, oblicuo menor y transverso). Recordando el coeficiente propuesto por Fick que corresponde a 10 Kgrs. por cada  $\text{cm}^2$  de sección transversal de un músculo, el autor antes de señalado ha estudiado en cadáveres la fuerza que desarrolla cada uno de los músculos y como consecuencia de esos estudios aconseja la práctica de incisiones transversales.

•  
•

Todo lo dicho en cuanto a la sección de los planos. Ahora bien: la síntesis de estas laparotomías obliga a señalar como importante al plano aponeurótico. En ese sentido se han realizado estudios experimentales en perros, y Kecha Virmond sostiene que es suficiente que los músculos sean solamente afrontados por la sutura aponeurótica para que la cicatriz sea buena. Esto se consigue en virtud de la excelente vascularización de los cabos musculares ya referida en estas líneas.

•  
•

Y para terminar estas breves líneas que llevan el intento de difundir las incisiones transversas, en este caso en abdomen superior, diremos que hemos empleado en nuestra práctica diferentes tipos de estas laparotomías y que su uso lo hemos también generalizado al abdomen inferior, donde una de ellas, la incisión de Cherney reúne al igual que las del abdomen alto las características que rotulamos indispensables: precisa ubicación y amplio acceso al órgano patológico.

*Acabam de ser publicados*

2 volumes de

*"A cirurgia no Sanatório São Lucas"*



Início de uma  
nova era no  
tratamento da

## Artrite Reumatóide

METICORTEN  
(prednisona)



### Vantagens

- Não produz retenção de sódio nem de água
- Não aumenta a excreção de potássio
- Possui maior eficácia clínica
- É 3 a 4 vezes mais potente do que a hidrocortisona ou a cortisona

INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA  
**SCHERING S/A**

RIO DE JANEIRO

S. Paulo • P. Alegre • B. Horizonte • Juiz de Fora • Recife • Fortaleza

# QUANDO A VIDA ESTÁ POR UM FIO



A experiência, o saber, a destreza que permitem a um cirurgião salvar vidas humanas, merece somente as melhores "Suturas"; este fio tão fino que significa "VIDA OU MORTE".

As Suturas, Davis & Geck, "Timed Absorption" oferecem:

- a) Resistência altamente obtida.
- b) Segurança do nó.
- c) Tempo de absorção calculado.
- d) Facilidade de manejo.
- e) Reação mínima ao trauma.
- f) Esterilidade absoluta.
- g) Entrega em tubos previamente esterilizados.

APRESENTAÇÃO: com e sem agulha atraumática, especialmente designada para cada uso cirúrgico especificado.

## *Davis & Geck, Inc.*

A UNIT OF AMERICAN CANTHAR COMPANY

One Casper Street, Danbury, Connecticut, U.S.A.

Agentes Exclusivos para o Brasil  
IMPORTADORA CHIORBOLI CIRÚRGICA LTDA.  
Rua Aureliano Coutinho, 96 — São Paulo, Brasil



## Un nuevo fleboextractor

Prof. JULIO DANTE BAISTROCCHI

(Córdoba — Argentina)

Desde la iniciación de la cirugía se idearon numerosos procedimientos para el tratamiento de una afección tan frecuente, como lo es las várices de los miembros inferiores.

El antiguo procedimiento de la extracción subcutánea de las venas iniciado en forma intravenosa por Barceek o perivenosa por Mayo, Sherman y entre nosotros De Pierris ha sido remosado y defendido en forma entusiasta en los últimos años presentándose fleboextractores de distintos modelos como los de Barrow Gimenez, Esperne, Pataro, Emersón, etc., con características personales cada uno para perfeccionar las técnicas y hacer menos cruenta y más elegante la intervención. A todos estos y después de haberlos usados, agregamos nosotros uno más, sin pretensiones de originalidad, con más de un año de experiencia personal en alrededor de cien casos tratados en esta forma. Por tener algunas características especiales que considero ventajosas, voy a describirle y dar algunas indicaciones para su manejo y así obtener un buen rendimiento del mismo.

Está constituido por una parte central de acero, de 84 cms. y que es el alma del instrumento, rodeado de un resorte espiral metálico que aumenta su grosor, mantiene su elasticidad y permite más comodidad en las maniobras sobre el mismo. En cada extremo tiene una rosca donde se puede colocar una oliva-conductor o cualquiera de las campanas extractoras que quieran usarse según el caso clínico. *Las características de estas campanas son las que dan cierta personalidad al instrumento.* De forma cónica con la porción distal o buscacamino redondeado y diámetro pequeño para permitir cateterizar la vena, esa parte distal se engrosa hasta alcanzar los 6,8 y 10 milímetros en donde de cónica se hace cilíndrica por dos milímetros y termina con un borde cantante. Fig. n.º 1 y 2.

La forma cónica tiene por objeto facilitar el cateterismo de la vena y al aumentar de tamaño actúa como émbolo vaciando de sangre los vasos; la parte cortante facilita la maniobra y hace la extirpación sin esfuerzo y completa. El instrumento ha sido magníficamente construido por el Sr. Batisti.

Esta porción cortante circular tiene el filo paralelo al eje del extractor y por onde al de la vena misma, en esta forma actúa sobre el plano perivenoso exactamente, entre las dos hojas de las fascie superficial donde debe ser colocada la campana en su porción inicial, disecada cuidadosamente, única forma de conseguir que luego subcutáneamente se deslice por el mismo plano. La técnica debe ser muy bien regulada para que pueda extirparse la vena en un campo exangue y la maniobra no resulte desagradable ni brusca.

Incisión en ele invertida en la base del triángulo de Scarpa, ligadura metódica y cuidadosa de todas las colaterales, y de la safena misma alras de la femoral.

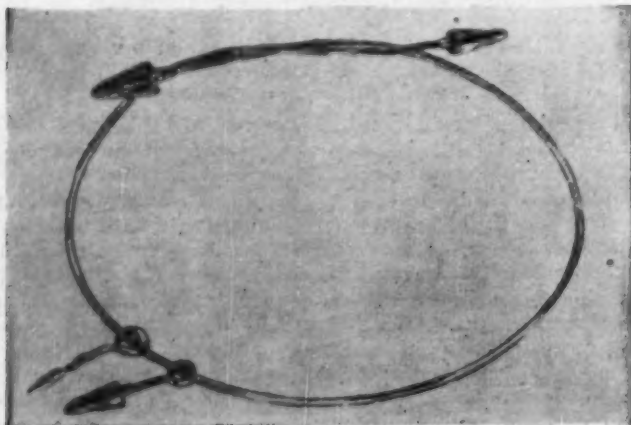


Fig. 1 — Fotografía del flebo-extractor completo con sus campanas y oliva conductor intercambiables.

Ligadura del extremo seccionado de la safena; se pasan dos hebras de algodón n.º 16 para hemostasia provisoria. El ayudante sostiene la ligadura del extremo y la hebra que abraza la vena en su porción más distal, entre ellas abrimos la vena por una pequeña incisión Fig. n.º 3.

Por esta apertura introducimos el fleboextractor y ajustamos la última hebra sobre su tallo, en una forma suave que haga hemostasia y no dificulte su deslizamiento hacia la porción distal del miembro y siguiendo el eje de la vena. Cuando se encuentra alguna resistencia que lo destiene, se aumenta la presión sobre el mismo que si es un obstáculo vulvular o una estrechez se vence sin dificultad; al contrario si la detención fué causada por golfos muy desarrollados bifurcaciones e colaterales o comunicante de importancia, o por la forma serpenteada de la vena misma necesi-

tamos ayudarnos con la otra mano, a través de la piel, donde se palpa el extremo con toda facilidad cambiando su dirección, retirando algunos milímetros e insistiendo. Hay veces que conseguimos nuestro objeto, y logramos hacer avanzar el instrumento, otras es absolutamente imposible. Consideramos las mas dificultosas aquellas grandes venas, que sobresalen sobre la piel y tiene una forma francamente serpentina. Ellas, a la simple inspección del inexperto parecerían las más fáciles, en cambio, en la práctica son las mas difícilmente cateterizadas y generalmente imposible de conseguir extensiones, lo que obliga a incisiones sucesivas que complican la intervención. Por eso, desde hace mucho años insistimos en que

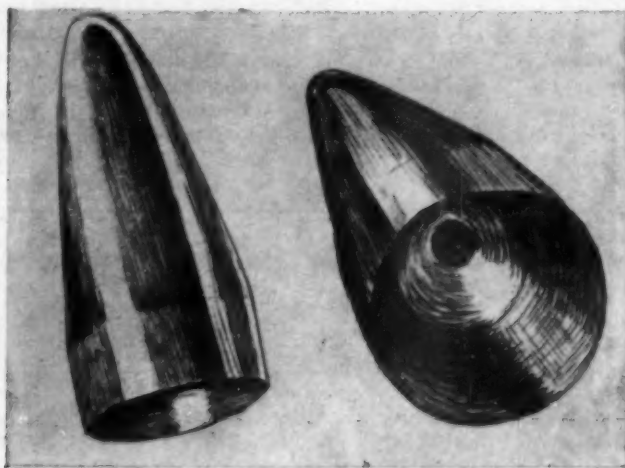


Fig. 2 — Características especiales de las campanas, forma cónica con su acción mas gruesa o base cilíndrica y de borde constante.

la fleboextracción es procedimiento más, que puede ser elegantemente usado cuando son várices tubulares, por insuficiencia ostial con o sin comunicantes insuficientes que con una buena semiología e con una flebografía seriada pueden ser siempre localizadas.

En el lugar de detención del instrumento hacemos una incisión de unos dos cms., localizado el mismo si aún no hemos conseguido llegar el 1/3 inferior de la pierna, investigamos la causa de esa detención, tratamos de ayudar a su delizamiento, y si no se consigue, ligamos su porción distal y pasamos una hebra que abraza la proximal, debiendo el ayudante mantenerlas tensas. Se empuja el fleboextractor y se incinde la vena sobre el extremo del mismo aflorando este inmediatamente a la vez que se ajusta, haciendo la hemostasia, el hilo proximal, suavemente para no

dificultar su extracción que no debe hacer hasta que la campana en el triángulo de Scarpa abraza perfectamente la vena y acompañándola con separadores se pierde en el fondo del ángulo inferior de la herida.

En este momento se secciona en la herida inferior, la vena por arriba de la ligadura distal y se prepara el cirujano y ayudantes para la flebo-extracción. Con compresas de gasa dobladas se sigue el trayecto del vaso y el ayudante se alista para hacer presión sobre ellos una vez extraída la vena. El cirujano colocado en la parte distal del miembro toma a mano llena el instrumento sin acodarlo siguiendo el eje del vaso y en forma decidida y continua tracciona del flebo hasta que aparece el extremo de este ocupando la vena, la campana y parte del tallo. Se hace presión durante unos minutos y luego se suturan las heridas.

Debemos hacer notar que utilizamos la anestesia locorregional publicada con Bertola en 1938 y que excepcionalmente necesitamos completar con algo de local en algunos casos cuando la incisión inferior es muy baja. La extracción es totalmente indolora cuando la anestesia está bien hecha. Jamás hemos recurrido a la anestesia general.

El vendaje elástico, así como la deambulacion inmediata es la regla, los accidentes embólicos y flebíticos son para nosotros hasta hoy desconocidos en más de 1.500 casos intervenidos con distintas técnicas.

Quiero aclarar ante Udes que el echo de presentar un fleboextractor no significa que considere que debe ser utilizado en todos los casos. Es un arma mas para el tratamiento y quizá dé mas seguridad en los casos en que la safena interna e externa extraída sea la única culpable del mal varicoso. Pero no estoy de acuerdo con lo publicado y predicado por distinguidos cirujanos que consideran a la fleboextracción como el procedimiento sistémico y curativo de las várices. Nunca debemos descuidar una semiología, ella nos dirá de la localizaón de la insuficiencia venosa, o de la ausencia de dicha insuficiencia en los casos por fleboesclerosis, reñido con el tratamiento quirúrgico. Ligada la comunicante insuficiente, muchas veces situada lejos del tronco principal venoso, la fleboextracción es absolutamente inútil y solo la inyección retrógrada de un agente esclerosante actúa destruyendo la endovena y curando a la enferma. Muchas veces me han oído mis ayudantes y colegas que asisten a las sesiones para graduados decir que, *el mejor fleboextractor que siempre puede ser usado y cura definitivamente al paciente es la inyección retrógrada esclerosante, después de la ligadura de todas las comunicantes insuficientes localizadas clínicas o radiográficamente.*

En fim somos ecléticos y solo un detenido estudio del paciente decide el pronóstico y la terapéutica a seguir.

# RINOGOTAS

ANTISSÉPTICO E DESCONGESTIONANTE NASAL

NEOMICINA

pH. ADEQUADO

EFEDRINA



Rinogotas possui pH adequado, ligeiramente ácido, (5,5) o que, segundo FABRICANT, é fator de extraordinária importância prática e assegura o máximo de atividade no tratamento de infecções da mucosa nasal.

RINITES AGUDAS E CRÔNICAS.

CORIZA GRIPAL.

SINUSITES.

Instilar 5 gotas em cada narina, de 4 em 4 horas.



LABORATÓRIOS ENILA S. A. • RUA RIACHUELO, 242 • FONE 32-0770 • RIO

Filial: Rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

---

# Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

## DON BAXTER

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM

# VACOLITERS



Ácidos Aminados a 6 % em água destilada.

Soluto de Glucósis a 5 % com Vitaminas B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub> e PP.

Soluto de Glucósis Isotônico com 10 % de Álcool.

Lactado de Sódio em Solução 1/6 Molar.

Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio.

Glucósis em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5 % e 10 %.

Solutos de Glucósis em água destilada a 5 % e 10 %.

*Em frasco de 500 e 1000 cm<sup>3</sup>*

Soluto de Lactado de Sódio e Cloreto de Sódio com Cloreto de Potássio  
(Solução de DARROW).

*Em frasco de 250 cm<sup>3</sup>*

### Material para instalação de Bancos de Sangue :

Transfuso Vac, plasma Vac, conjuntos de colheita e administração de sangue. Plasma humano normal sêco (irradiado).



# Indústrias Químicas Mangual S. A.

MATRIX.....: Rio de Janeiro - Rua Paulino Fernandes, 53/55. Telefone : 46-1818

Caixa Postal 3.705 - Endereço Telefônico : "PICOT"

LABORATÓRIOS: Duque de Caxias - Estado do Rio - Rua Campos, 545.

FILIAL.....: São Paulo - Rua Manoel Dutra, 218 - Telefone: 32-9626.

Endereço Telefônico : "BAXTER"

---



## La anestesia de acción prolongada

(Su aplicación en cirugía dento-maxilar)

Dr. CARLOS ALBERTO DURRIEN

(Professor Adjunto de Cirugía Dento-Maxilar — Buenos Aires, Argentina)

Quienes nos enfrentamos permanentemente con el dolor, ya sea éste espontáneo o provocado, es decir, o una consecuencia de un proceso morbooso de índole diversa o bien una secuela postoperatoria, vemos siempre con satisfacción al advenimiento de un nuevo recurso terapéutico que nos permita, o mejor aún, que nos represente un arma más con que enriquecer nuestro arsenal en esa lucha contra el sufrimiento, eterna como el destino del hombre pero para la cual, indudablemente, cada día estamos mejor pertrechados.

En este orden de ideas, es que hoy me permito molestar la atención de ustedes, para traerles mis experiencias, escasas aún, pero promisoras, con un producto anestésico, el *Duranestín*, cuya principal característica es su capacidad de prolongar su efecto anestésico a período que oscilan entre los seis y diez y ocho días.

El *Duranestín* responde a la siguiente fórmula :

Procaína base .....	1,00 gr.
Cloridrato de procaína .....	0,25 "
p-aminobenzoato de butilo .....	5,00 "
Vehículo c.s.p. ....	100 c.c.

Se presenta comercialmente en frascos de 10 c.c.

**Propiedades físico-químicas.** — Es un líquido límpido, no oleoso. Su poca solubilidad, da la razón de su extensa acción anestésica (6 a 18 días).

La procaína y el p-aminobenzoato de butilo, que son sus principios anestésicos, están disueltos hasta la saturación en solventes orgánicos especiales e inocuos (cuya naturaleza desconozco).

El contacto de esta solución saturada y límpida, con cantidades mínimas de fluido extracelular, linfa, etc., provoca la precipitación de la parte activa o anestésica del *Duranestín* en forma de cristales.

El solvente es eliminado en las primeras 24 horas; el depósito formado por la precipitación de la solución, pone en libertad a los anestésicos en forma lenta y continuada produciendo una anestesia de acción prolongada.

**Indicaciones.** — Viene indicado por su laboratorio, para cirugía ano-rectal, abdominal y también para la pequeña cirugía de quistes sebáceos, etc.

A mi me fué recomendada por el Tte. Cnel. Médico Dr. Justo Siburo, Director General de Asistencia Social del Ejército, quien posee una experiencia interesante sobre el Duranestín, entre otros campos quirúrgicos del organismo. A su lado vi los primeros ensayos, que inmediatamente me impulsaron a probarlo en nuestra especialidad, con los resultados que más adelante pasaré a relatar.

**Dosis.** — Las dosis recomendadas varían, según la región a que están destinadas, de 1 c.c. a 10 c.c.

**Consejos para su uso:**

- 1.º) A pesar de su fluidez el anestésico debe ser inyectado con agujas de 0,8 a 0,9 décimas de milímetro.
- 2.º) No debe ser inyectado superficialmente por el ardor que provoca al ser aplicado en estas condiciones, dicen quienes lo usan: yo agrego en la boca, aparte del dolor o ardor, el aplicarlo superficialmente podría hacernos correr el riesgo de la formación de escaras. Esta pequeña molestia o ardor, al inyectarlo también se observa cuando se emplea aún en profundidad, pero en cantidades que sobrepasan los 3 cm<sup>3</sup> (siempre de acuerdo a los comentarios por mi recogidos).
- 3.º) No debe inyectarse en la luz de un vaso por los peligros que todos conocemos: incorporación brusca del anestésico al torrente sanguíneo, precipitación de éste en contacto con la sangre, con las consecuencias lógicas o posibles de formación de émbolos, etc.
- 4.º) La inyección debe hacerse con todas las reglas de la asepsia.
- 5.º) Resulta más eficaz infiltrar el tronco nervioso, es decir hacer la anestesia troncular con preferencia a la infiltrativa, pero para ello es necesario poseer un conocimiento exacto de la anatomía de las vías de conducción nerviosa, para ser precisos en la técnica, ya que el anestésico tiene escaso poder de difusión a través de planos musculares o tendinosos por su característica de precipitarse y además no nos olvidemos de que siempre debe ser inyectado en pequeña cantidad, condición esta última que anula la posibilidad de corregir nuestros errores de ubicación con la cantidad de anestésico como a menudo ocurre en el empleo de los otros compuestos.

**Técnica aconsejable en nuestra especialidad.** — Todas estas recomendaciones se cumplen y todos los inconvenientes se obvian con la técnica que hemos empleados, que es la siguiente :

1.<sup>a</sup>) Empleamos agujas y jeringas esterilizadas a seco, para evitar la precipitación del anestésico en contacto con la más mínima cantidad de agua que pueda quedar en la jeringa, precipitación que se observa de inmediato y que se pone de manifiesto por un halo que sobrenada la solución.

2.<sup>a</sup>) Antes de inyectar el anestésico de acción prolongada hemos inyectado siempre, y jamás lo hicimos de otra manera, hemos inyectado siempre, repetimos, anestésico común, con lo cual podemos controlar dos cosas : a) la corrección de la técnica y b) la aparición del dolor.

3.<sup>a</sup>) Hacemos siempre anestesia troncular por medio de las técnicas usuales para el dentario inferior, maxilar superior o bien infraorbitario, todos ellos nervios sensitivos que alejan las posibilidades de las molestias de la anestesia de un nervio motor. Con la anestesia troncular evitamos los peligros de la infección superficial y obtenemos una anestesia más extensa.

4.<sup>a</sup>) Nunca inyectamos más de 1 a 1 1/2 c.c., con lo cual evitamos el peligro de la acumulación excesiva de cristales en un lugar determinado y por otra parte, esta cantidad es más que suficiente para obtener una buena anestesia.

5.<sup>a</sup>) El peligro de caer en la luz de un vaso no existe si empleamos el método trazante del Profesor Bergara, que consiste en hacer con la jeringa pequeños movimientos de impulsión y retroceso que nos permiten safarnos del vaso, si en él estuviéramos.

### EXPERIENCIA PERSONAL

Cuando hace aproximadamente cuatro meses se me invitó a observar los resultados del Duranestín y aprecié sus éxitos anestésicos y sus fracasos de otro orden, dolor, necrosis, etc., inmediatamente se me ocurrieron los medios para obviar éstos en cirugía bucal y también pensé en los múltiples aplicaciones que podría tener en nuestros post-operatorios, alveolitis, neuralgias, etc.

Desde luego mis primeros ensayos los cumplí en perros, con lo cual quería comprobar, el efecto anestésico por supuesto, sino el aforismo latino "prima non nocere" y los resultados fueron alentadores, salvo el dolor al inyectar, por otra parte fácilmente solucionable, no observé ningún otro inconveniente.

Estaba tomando la resolución de aplicarlo en algunos pacientes voluntarios, cuando una señora que me fué enviada a la consulta con una alveolitis de tal magnitud que la pobre enferma estaba dispuesta a aceptar cualquier sugestión, me resolvió a emplear el Duranestín, previa anestesia con novocaína-adrenalina en espina de Spix, y los resultados fueron espectaculares.

Alentado por parte este único pero significativo éxito, he empleado posteriormente el Duranestín casi sistemáticamente en los post-operatorios y alveolitis, con resultados altamente satisfactorios.

Aquí, en el Instituto, a indicación de mi maestro, lo hemos dado en dos casos de neuralgia esencial, sin propósitos curativos, por supuesto, con resultados muy alentadores.

No tengo registrado hasta la fecha ningún inconveniente.

### CONCLUSIONES

- 1.<sup>a</sup>) Es inocuo y eficaz cuando se lo emplea correctamente.
- 2.<sup>a</sup>) No debe ser empleando localmente en la boca. Salvo em pequenas cantidades.
- 3.<sup>a</sup>) Debe hacerse anestesia previa a su inoculación.
- 4.<sup>a</sup>) Hasta aquí mi experiencia personal; de hoy en más, trabajando como siempre en conjunto, espero que establezcamos el juicio definitivo de esta interesante arma quirúrgica.



Em dosagens eficientes :

Formosulfatiazol — Sulfadiazina — Caolin — Xarope  
de Glicose em suspensão de paladar agradável.

Diarréas processos desintéricos e inflamatórios intestinais



**LABORATÓRIO YATROPAN LTDA.**

ESCRITÓRIO: Parque D. Pedro II, 503 - 576 — LABORATÓRIO: Rua Copacabana, 15-A  
Telefones: 33-5916 e 35-1013 (Bêde interna) São Paulo, Brasil.

# INSTITUTO RADIOLÓGICO "CABELLO CAMPOS"

## Radiodiagnóstico e Radioterapia

**Diretor: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS**

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)



RUA MARCONI, 94 - 2.º andar - Telefone 34-0853

SÃO PAULO

## EXCERPTA MÉDICA

Revista internacional de resumos dos últimos trabalhos  
publicados na literatura médica mundial.



Publica mensalmente um volume de cada uma das seguintes especialidades:

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| I - Anatomia, Embriologia e Histologia.     | VIII - Neurologia e Psiquiatria.    |
| II - Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia. | IX - Cirurgia.                      |
| III - Endocrinologia.                       | X - Obstetrícia e Ginecologia.      |
| IV - Microbiologia e Higiene.               | XI - Oto-rino-laringologia.         |
| V - Patologia Geral e Anatomia Patológica.  | XII - Oftalmologia.                 |
| VI - Medicina Geral.                        | XIII - Dermatologia e Venereologia. |
| VII - Pediatría.                            | XIV - Radiologia.                   |
|   | XV - Tuberculose.                   |



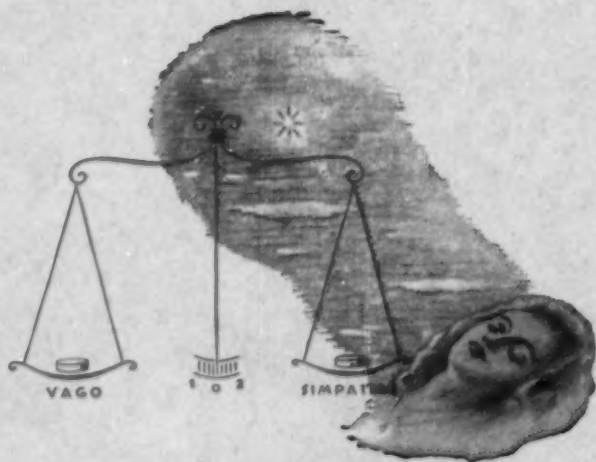
Pedidos de assinaturas para:

111, KALVERSTAAT - AMSTERDAM C. - HOLANDA

# DISTONEX



para o



## Equilíbrio vago-simpático



**LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.**

Rua Tamandaré, 376 - Telefone, 36-4572 - São Paulo

São Paulo Editora S/A., imprimiu.